

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O QUE ESPERA O CASAL DO PAI DURANTE O TRABALHO DE PARTO?

**CONTRIBUTOS DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA,
OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

Tatiana Sofia Lopes Gaspar

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O QUE ESPERA O CASAL DO PAI DURANTE O TRABALHO DE PARTO?

**CONTRIBUTOS DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA,
OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

Tatiana Sofia Lopes Gaspar

**Sob orientação da Professora:
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**

2015



LISTA DE ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC – Ensino Clínico

EESMOG – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

enf.^a - Enfermeira

ICM – *International Confederation of Midwives*

OE – Ordem dos Enfermeiros

sra. – Senhora

TP – Trabalho de parto

RESUMO

A evidência científica revela extensos contributos do envolvimento do pai na gravidez e no trabalho de parto. Contudo, constata-se a desvalorização constante do papel paternal.

Este Relatório tem como objetivo dar a conhecer as competências desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico Estágio com Relatório em conformidade com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMOG). Pretendeu-se um olhar aprofundado para as expectativas de ambos os membros do casal quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto, tendo sido dado especial enfoque a este papel. Perspetivou-se o apoio ao processo de transição para a parentalidade, com inclusão do pai em todos o processo.

Do ponto de vista metodológico foi usada uma prática reflexiva e baseada na evidência e a metodologia de projeto.

As mulheres identificam o pai como a pessoa que gostariam de ter ao seu lado a apoiar durante o trabalho de parto. Contudo, algumas desvalorizam as capacidades do homem por influência das representações sociais e de estereótipos veiculados pela comunicação social.

As dificuldades sentidas pelo pai durante o trabalho de parto advêm de expectativas irrealistas e de uma preparação pré natal desadequada, não sendo a presença deste durante o trabalho de parto discutida na maioria dos casais. No primeiro e quarto estadio do trabalho de parto o papel adotado pelos pais foi, predominantemente, o de parceiro/referência familiar. No segundo e terceiro estadio, o pai tende a adotar um papel mais passivo, de observador/presença passiva. Os casais demonstram-se agradecidos quanto à intervenção do enfermeiro EESMOG durante o trabalho de parto, evidenciando a sua presença como um aspeto positivo e/ou estratégia utilizada para ultrapassar as dificuldades sentidas durante este período.

Apesar de se virem a operar mudanças nas representações da masculinidade e da parentalidade, constata-se uma resistência à mudança das práticas. Contudo, uma perspetiva da gravidez e do trabalho de parto enquanto eventos naturais e familiares obrigará à mudança das representações atuais, assumindo o enfermeiro EESMOG um papel privilegiado ao procurar compreender, incentivar e apoiar a entrada do homem na esfera “privada” da gravidez e do trabalho de parto.

Palavras chave: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Trabalho de parto, Papel do pai

ABSTRACT

Scientific evidence reveals important contributions of father involvement in pregnancy and labour. However, there is an increasing devaluation of the paternal role.

The aim of this report is to present the skills developed during clinical practice traineeship in accordance with the Portuguese Order of Nurses' guidelines for the midwife profile. It presents an in-depth overview of the expectations of both members of the couple concerning the father's role during labour in order to facilitate the transition to parenthood and include the father in all the process.

From the methodological point of view, it was used a reflective and evidence-based practice and the project methodology.

Women identify the father as the person who they would like to have beside them to support them during labour. However, some of them devalue the man's capacity owing to the influence of misrepresentations built through the media.

The difficulties experienced by the father during labour comes from unrealistic expectations and a prenatal inadequate preparation, as far his presence during labour isn't previously and properly discussed by most couples.

In the first and fourth stages of labour the role adopted by fathers has been predominantly the one of partner/family reference. In the second and third stages, the father tends to adopt a more passive role of observer/passive presence.

Couples show up grateful for the intervention of midwife during labour, considering it positive and a good strategy to overcome the difficulties experienced during this period.

In spite of the significant changes accuring in the representations of manhood and parenting, there is still a certain resistance against changing practices. However, the perspectives pregnancy and labour as natural and familiar events will force the change of current representations, and midwife will perform a privileged role in trying to understand, promote and support the man's participation in the "private" sphere of pregnancy and labour delivery.

Keywords: Midwife, Labour, Childbirth, Paternal role.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. O METAPARADIGMA DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO EESMOG: FILOSOFIA DE CUIDADOS E COMPETÊNCIAS	11
1.1 Filosofia dos cuidados: o cuidar transcendental à família na defesa da humanização do parto normal	11
1.2 A qualidade dos cuidados e a competência profissional: competências do enfermeiro EESMOG	15
2. O NOVO PARADIGMA DA PATERNIDADE E O PAPEL DO PAI NA SALA DE PARTOS	19
2.1 (Des)Construindo conceitos: expectativa, paternidade, parentalidade	19
2.2 O papel do pai durante o trabalho de parto	21
3. PROCESSO METODOLÓGICO	24
4. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	28
4.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica	28
4.2. Inclusão do pai durante o trabalho de parto	32
4.2.1. Preparação pré natal	32
4.2.2. Expectativas quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto	34
4.2.3. O papel do pai durante o trabalho de parto	36
4.2.4. O enfermeiro EESMOG durante o trabalho de parto: a ciência de enfermagem para o cuidar	42
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
6. LIMITAÇÕES DO PROJETO	46
7. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	47

CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
-----------------------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
-----------------------------------	----

APÊNDICES

Apêndice I: Saberes profissionais

Apêndice II: Diário de aprendizagem I

Apêndice II: Diário de aprendizagem II

Apêndice IV: Instrumento de registo de observação do casal

Apêndice V: Guia orientador de colheita de dados

Apêndice VI: Pesquisa de artigos em base de dados

Apêndice VII: Identificação das necessidades do casal em trabalho de parto segundo Jean Watson

Apêndice VIII: Competências do EEESMOG desenvolvidas nos EC do CMESMO

Apêndice IX: Avaliação Sumativa do EC Estágio com Relatório

INTRODUÇÃO

A evolução histórica da paternidade ao longo dos tempos é responsável pelo crescente envolvimento dos futuros pais no evento do nascimento que deixa de ser apenas circunscrito ao universo feminino mas passa a ser também objeto de interesse dos homens.

Segundo Balancho (2012, p.23), o homem renasce com a paternidade que, se for bem sucedida, "...fortalece no ego o sentido de atender e cuidar de outrem e preocupar-se, dá valor ao próprio, dá sentido à vida...". O pai reclama hoje o seu espaço por direito na vida e nascimento do filho, envolvendo-se de forma crescente na gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto.

A participação do pai durante o trabalho de parto é perspectivado por vários autores como um importante suporte psicoemocional à mulher, promotor de conforto físico e emocional (Carvalho, 2003; Motta, Crepaldi, 2005; Kainz, Eliasson e Von Post, 2010; Teodoro, 2012). Contudo, o pai não pode apenas ser entendido como importante para o apoio e acompanhamento da mulher grávida e/ou em trabalho de parto, na medida em que o nascimento de um filho constitui um momento marcante para o homem e a relação estabelecida, entre ambos, fundamental para o desenvolvimento da criança (Brazelton e Cramer, 2004; Tojal, 2000; Coelho, 2011), mas também para o casal (Oliveira, 2004)

De fato, o envolvimento do pai nos períodos pré natal e intra parto exerce comprovado impacto não só no processo de vinculação do homem (Tojal, 2000; Coelho, 2011), mas também na vivência da conjugalidade e na dinâmica familiar, na medida em que "é [...] provável que os casais que compartilham experiências e estabelecem entre si relações de proximidade, estejam em melhores condições para se tornarem ambos corresponsáveis pelos cuidados ao bebê." (Oliveira, 2004, p.66)

Ainda assim, e apesar da evidência científica revelar os extensos contributos do envolvimento do pai na gravidez e no trabalho de parto, constato na minha prática profissional a desvalorização constante do papel paternal. Frequentemente afastado do nascimento do seu filho, outras tantas substituído nos cuidados à sua família (a mulher e filho por nascer).

Os achados de Carvalho (2003) vão de encontro à realidade com que me deparo ao revelarem que a presença dos pais não foi valorizada pela equipa de saúde nem como suporte à parturiente nem como evento de paternidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (EESMOG) tem como alvo de intervenção a mulher inserida na família e comunidade ao longo do ciclo reprodutivo, assumindo responsabilidade pelo cuidar durante o período pré-concepcional e pré, intra e pós-natal (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011). Durante o trabalho de parto, período sobre o qual incide o projeto, o enfermeiro EESMOG, concebe, planeia, implementa e avalia não só medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em TP, incluindo conviventes significativos, mas também intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos e de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos (OE, 2011). Entendemos, deste modo, ao analisar o regulamento que orienta a prática do enfermeiro EESMOG, que o pai aparece omissa, disfarçado no conceito de “convivente significativo”, sendo toda a atenção centrada na mulher.

Nas sociedades ocidentais espera-se hoje que o pai assista ao nascimento do filho. Contudo, estarão os homens preparados? Ter-lhe-ão perguntado quais os seus desejos em relação ao seu envolvimento no trabalho de parto ou partimos do pressuposto que se querem envolver, generalizando aquilo que podem ser apenas novas imposições sociais. Haverá diferença entre o “que devem fazer” e “o que querem fazer”?

A exploração desta problemática motivou a procura de subsídios nesta área, orientada pela questão de partida: *“Quais as expetativas de ambos os elementos do casal quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto na sala de partos?”*.

Assim, pretendo compreender as expetativas de ambos os membros do casal¹ quanto ao papel do pai durante o TP, no sentido de promover cuidados de enfermagem de qualidade que respondam às necessidades dos casais e proporcionem experiências de TP positivas e promotoras de saúde da tríade, com consequências para a sociedade em geral. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos:

¹ Atendendo aos objetivos do trabalho, foram considerados apenas casais heterossexuais.

- Identificar as expetativas do casal relativamente ao papel do pai durante os quatro estadios do TP;
- Identificar as coincidências e descoincidências de expetativas entre os elementos do casal;
- Perceber se as expetativas iniciais do casal quanto ao papel do pai durante o TP foram alcançadas;
- Apoiar o processo de transição para a parentalidade incluindo o pai em todo o processo.

Este Relatório tem como objetivo dar a conhecer as competências desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico Estágio com relatório em conformidade com o preconizado pela OE para o perfil de competências do enfermeiro ESMOG, no sentido de otimizar a saúde destes e do recém-nascido e apoiar o processo de transição para a parentalidade. Fundamentado na evidência científica e sustentado por uma prática reflexiva, este trabalho tem especial enfoque no papel do pai durante o trabalho de parto.

O modelo teórico desenvolvido por Jean Watson foi mobilizado como quadro de referência, pelo seu carácter transcendental e de valorização fenomenológica, que encontra uma afinidade natural com temáticas tão subjetivas e individuais como as expetativas e os comportamentos que lhe estão subjacentes. Também a abordagem dos cuidados à família é preconizada, na medida em que a compreensão das diferentes formas de família promovem famílias saudáveis ao refortalecer a dinâmica estrutural e funcional (ICN, 2002).

Este relatório está estruturado em três capítulos. Os primeiros dois capítulos dizem respeito ao enquadramento concetual que explora a filosofia de cuidados, as competências do enfermeiro EESMOG e conceitos que contribuem para a clarificação da problemática que motivou a elaboração deste projeto. O processo metodológico descreve a metodologia adotada para ir ao encontro da finalidade e objetivos propostos. Por fim, o terceiro e último capítulo explicitam o percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências do enfermeiro EESMOG e a compreensão das expetativas do casal quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto.

1. O METAPARADIGMA DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO

EESMOG: FILOSOFIA DE CUIDADOS E COMPETÊNCIAS

O conceito de metaparadigma é entendido como a reflexão de um conceito ou de um conjunto de conceitos de determinada disciplina. Este capítulo descreve alguns pressupostos que enformam a filosofia para um cuidar especializado de qualidade

1.1 Filosofia dos cuidados: o cuidar transcendental à família na defesa da humanização do parto normal

Durante o século XX assistimos a inúmeras mudanças dos cuidados obstétricos, podendo estas serem resumidas em três categorias: mudanças tecnológicas, nas preferências dos utentes e nos comportamentos dos médicos (Ecker e Frigoletto, 2007). Estas mudanças evidenciam-se na prática clínica com resultado nas elevadas taxas de partos distócicos relatadas pelo relatório europeu de saúde perinatal que destaca Portugal como um dos países que lidera a lista ao apresentar uma taxa de cesarianas de 36,3% e de partos instrumentais acima de 10% (Euro-Peristat, 2010).

Devemo-nos questionar sobre as causas por detrás destes números. A par do defendido pela Ministra da Saúde em 2010, na minha prática profissional deparo-me frequentemente com motivações baseadas no facilitismo e conveniências da equipa de saúde, no desconhecimento dos riscos associados a atos cirúrgicos e benefícios do parto normal e do falso sentimento de segurança relacionado com as intervenções medicalizadas. Contudo, o elevado grau de intervenção durante o trabalho de parto é responsável pelo aumento da probabilidade da intervenção clínica subsequente.

A Ordem dos Enfermeiros, de encontro às recomendações de 1996 da OMS², defende vários princípios e práticas na defesa da humanização do trabalho de parto e do cuidado à parturiente/casal que orientam a minha prática de cuidados.

Este documento define o parto normal como

o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (OE, 2012)

² O guia de assistência ao parto normal da OMS serviu de referência ao planeamento de diretrizes em Portugal.

E defende como princípios o parto como um acontecimento familiar, podendo a mulher contar com a presença contínua de um acompanhante por si escolhido; a gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e a amamentação como processos naturais que, na maioria dos casos, apenas necessitam de vigilância e apoio dos profissionais de saúde; o direito de receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, tendo em vista a tomada de decisões informadas; o recurso a métodos de alívio da dor farmacológicos e não farmacológicos; o dever de facultar e habilitar as mulheres para o autocuidado a fim de promover a saúde e o parto normal.

Todavia, ao analisarmos os vários manuais e diretrizes que visam devolver ao parto as suas características fisiológicas, estas deixam o pai omissos. A compreensão do parto enquanto evento normal e fisiológico obrigará à perspetivação deste evento como exclusivamente do universo feminino e do qual o homem permanecerá afastado, à semelhança do que aconteceu durante anos?

A evidência científica tem demonstrado ao longo dos anos os benefícios do envolvimento do pai na gravidez e trabalho de parto³ na satisfação dos casais, com refortalecimento da relação conjugal, no estabelecimento da vinculação precoce da tríade, no desenvolvimento e equilíbrio psicoemocional da criança. Kitzinger (1995), defende que “...não é preciso que o pai seja uma figura divertida ou anedótica, tratado como se não tivesse nem a inteligência nem a humanidade para ser prestável.” Contudo, é bom lembrar que “...o homem que está presente sem fazer uma pequena ideia da maneira como ajudar melhor pode não apenas sentir-se inútil mas, na realidade, estar a sê-lo.” (Kitzinger, 1995)

Motta e Crepaldi (2005) referem não haver espaço para as manifestações do homem durante o trabalho de parto, seja por negação cultural da expressão de sentimentos, seja porque toda a atenção é centrada na mulher, e alertam para a importância dos profissionais de saúde estarem atentos às vivências ansiogénicas do pai e à sua forma de gerir o *stress*, a dor e a ansiedade, podendo isto refletir-se na dificuldade em se relacionar com a parturiente e em participar ativamente no nascimento.

O pai, mais do que acompanhante e suporte da mulher, deverá ser alvo dos nossos cuidados, não só para que este consiga oferecer suporte eficaz à parturiente mas

³ Em Portugal o direito ao acompanhante, considerando o pai presença indispensável, independentemente do tipo de união do casal é consagrado desde 1985 pela Lei nº 14/84 de 6 de Julho.

também para que este seja apoiado no seu próprio processo de transição para a parentalidade.

Importa os enfermeiros deixarem de ver o pai como personagem secundária de um dos mais importantes ritos de passagem da vida conjugal e familiar – o nascimento do filho – e compreenderem-no como protagonista, uma pessoa indispensável. Esta perceção é marcadamente influenciada pela filosofia de cuidados preconizada por cada enfermeiro.

Ao entender a família como alvo dos cuidados de enfermagem, fará sentido centrar as intervenções durante o trabalho de parto apenas na mulher? Mais, ao procuramos restituir ao trabalho de parto as suas características naturais, fisiológicas e familiares fará sentido tomar como foco de atenção única e exclusivamente a mulher, como se vivesse isolada da família e comunidade onde está inserida?

A globalização, a emancipação da mulher e a sua entrada no mercado de trabalho, o envelhecimento da população e a concentração dos locais de trabalho nas metrópoles são responsáveis por alterações na dinâmica familiar no que concerne a estrutura, organização e funcionalidade.

A ICN (2002, p.5) define família como “*an assemblage of human beings seen as a social unit or collective whole composed of members connected through blood, kinship, emotional or legal relationships*”⁴. Deste modo, a efetividade dos cuidados de enfermagem será tanto maior quanto maior a compreensão do conceito e da dinâmica familiar.

O enfermeiro EESMOG é responsável pela prestação de cuidados centrados na família durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto, fazendo, portanto, parte do quadro das suas competências o envolvimento do pai em todas as etapas, reconhecendo a importância da vinculação precoce da tríade e da copartilha da experiência de nascimento.

O enfermeiro EESMOG necessita considerar as necessidades individuais de cada pai para que estes sejam capazes de cumprir o seu papel eficazmente e com elevado sentido de realização, evitando, deste modo, a assunção de comportamentos e/ou posturas rotineiras e que vão contra os desejos de cada casal.

⁴ “um conjunto de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo composto por membros ligados por sangue, parentesco ou relações emocionais ou jurídicas”

Procura-se, assim, que o casal recupere o poder de autodireção, de autocontrole, de escolha, de decisão voluntária e cooperação ativa na sua gravidez e trabalho de parto. (Kitzinger, 1995)

Segundo Watson (2002, p.87), é esperado que o enfermeiro procure "...ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma o que vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, enquanto permite o crescimento da diversidade".

Defendo, portanto, o cuidar holístico aos casais durante todo o seu ciclo de vida familiar, mas mais especificamente durante o período de trabalho de parto, valorizando o reconhecimento da dimensão espiritual da vida, do poder interior do processo de cuidar, do respeito pela autonomia e liberdade de escolha e da subjetividade do modo como cada um compreende a sua experiência. (Watson, 2002).

Neste processo de cuidar, o enfermeiro empenha-se em apoiar o indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, autocontrole e preparação para o autocuidado, assim, não é tanto um prestador de cuidados, mas antes um coparticipante no processo do cuidar.

A capacidade do enfermeiro em experienciar os sentimentos do outro e ajudá-lo a expressá-los, torna-o mais competente no processo de cuidar, construindo com o outro um caminho propício ao alcance de maior harmonia, logo mais saúde. A construção da relação de cuidar transpessoal implica o envolvimento sincero do enfermeiro e a participação total do Eu, permitindo esta relação que "...o enfermeiro como pessoa beneficie e seja influenciada pelo outro; todavia, o enfermeiro não depende daquilo que recebe do utente para manter o envolvimento. [...] O enfermeiro está envolvido exteriormente, ao passo que o utente sente a dor de dentro e sabe que é o seu corpo, a mente e alma que estão afetados." (Watson, 2002, p.114-115).

O nascimento de um filho, enquanto experiência interior além do observável e momento marcante no ciclo de vida pessoal e familiar, exacerba no casal o desejo quase urgente de satisfazer necessidades integradoras, como as de realização e de filiação (sentimento de pertença) e as necessidades de busca de crescimento, como a autorrealização, tornando-se fundamental a intervenção do enfermeiro no processo de cuidar (Watson, 2008).

Ainda assim, não só as necessidades de ordem superior, mas também as de ordem inferior⁵ são amplamente desencadeadas durante o trabalho de parto. Identificadas como necessidades biofísicas e psicofísicas, associadas com a necessidade de alimento e líquido, eliminação, ventilação, de atividade-inatividade e de sexualidade (Watson, 2008) tão importantes na promoção do conforto físico durante este processo (Teodoro, 2012).

Assim, “quem cuida tem como características mais abstractas, o facto de compreender os outros como seres únicos, compreender os seus sentimentos e distingui-los [numa perspetiva de] ... elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo [e] ...máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade.” (Watson, 2002, p.64 e p.111).

1.2 A qualidade dos cuidados e a competência profissional: competências do enfermeiro EESMOG

Segundo a OE (2011c, p.2), “...a qualidade dos cuidados guarda uma estreita relação com competência profissional: **só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade**”, pelo que o desenvolvimento de competências será responsável pela crescente autonomia e responsabilidade profissional na tomada de decisão que pauta a intervenção do enfermeiro e, por consequência, pela excelência do cuidar que se assume como uma motivação megalómana, mas estruturante, que deverá incentivar todos os enfermeiros no seu exercício profissional.

Segundo Fleury e Fleury (2001, p.187), “a competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico”.

A competência é definida por Le Boterf (1994) como a conjugação de três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela formação educacional e pela experiência profissional. O mesmo autor (2006) reconhece três dimensões da competência, definindo-as como dimensão dos recursos disponíveis, a dimensão da ação e dos resultados e a dimensão da reflexividade.

⁵ As necessidades humanas são classificadas por Jean Watson como necessidades de ordem inferior e de ordem superior. As necessidades de ordem inferior incluem as necessidades biofísicas (necessidade de alimentos e líquidos, de eliminação e de ventilação) e psicofísicas (necessidade de atividade-inatividade e de sexualidade). As necessidades de ordem superior incluem as necessidades integradoras (necessidade de realização e filiação) e de busca de crescimento (necessidade de autorrealização).

A dimensão dos recursos disponíveis diz respeito aos recursos pessoais, "...aqueles que o sujeito deve integrar e que se tornam intrínsecos à sua pessoa [como] ...conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, recursos emocionais, competências comportamentais, saber-fazer oriundo da experiência, aptidões físicas e sensoriais..." e aos recursos disponíveis no contexto em que a pessoa está inserida, ou seja, "... aqueles que não possui ela própria, mas aos quais ela pode recorrer, se necessário [tais como] bases de dados, redes de peritagem, competências de colegas ou de pessoas de outras profissões, bases de casos, redes de cooperação científica, manuais de instruções". (Le Boterf, 2006, p.61)

A dimensão da ação e dos resultados que ela produz corresponde às práticas profissionais que se mobiliza face às necessidades da situação profissional e aos imperativos do desempenho. Assim,

ser reconhecido como competente é, evidentemente, ser visto como alguém que sabe agir com competência, capaz de conduzir práticas profissionais pertinentes, em relação às exigências de um posto de trabalho ou de uma missão a cumprir. O profissional competente demonstra-o através da acção. (*idem*)

Por outro lado, "...avaliar se um profissional é competente é avaliar a prática a que ele recorre para interpretar as prescrições de um trabalho", esta assume-se como "... um juízo de valor sobre a sua pertinência, sobre a metodologia adoptada por um profissional para resolver as dificuldades em interpretar e levar a cabo a prescrição." (*idem*, p.62)

A dimensão da reflexividade corresponde à capacidade do profissional em distanciar-se e compreender o porquê e como agir, como meio de melhorar as suas práticas profissionais na medida em que "é sobre esta dimensão que o profissional pode desenvolver a sua capacidade de conduzir, ele próprio, as suas aprendizagens e de as transferir." (*idem*, p.63)

Assim, o profissional competente é aquele que age de acordo com os recursos disponíveis de forma pertinente e que compreende o porquê e o como agir, pelo que "agir com competência" pressupõe, a mobilização e articulação das três dimensões, uma vez que estas se complementam e interrelacionam.

Para tal, ao profissional competente são-lhe reconhecidos determinados saberes que lhe permitem agir numa situação profissional complexa além do prescritivo e tomar iniciativa face ao inesperado (Apêndice I). Cada vez mais devemos procurar ir

além de uma prática meramente prescritiva de procedimentos e orientações a executar e buscar enfrentar o inédito, o inesperado, de tomar iniciativas pertinentes e de inovar diariamente. (Le Boterf, 2006).

A existência de vários saberes mobilizados pela enfermagem impulsiona no enfermeiro "...competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações" (Serrano, Costa e Costa, 2011, p.16)

A elaboração deste relatório vai, assim, ao encontro do desenvolvimento de competências do enfermeiro EESMOG, preconizadas pelas OE, na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/casal/recém-nascido e família ao longo do seu ciclo de vida, com enfoque no período de TP.

Segundo a OE (2011a, p.2) "o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns [...] e em competências específicas".

São do domínio das competências comuns a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem surge, portanto, como uma competência a desenvolver por todos os profissionais, nomeadamente pelo enfermeiro especialista na sua área de especialidade, sendo amplamente discutida pela OE (2011c) ao definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, orientação do exercício profissional do enfermeiro ESMOG.

No que respeita às competências específicas do enfermeiro EESMOG, pretende-se o desenvolvimento de competências no cuidar ao casal e família, inseridos na comunidade, durante o trabalho de parto e período pós natal (OE, 2011b). Atendendo, todavia, ao preconizado por Le Boterf (2006) quanto à importância e influência da experiência profissional na construção da competência profissional, compreende-se a mobilização dos conhecimentos e habilidades adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO). Isto porque, "saber agir não pressupõe o

domínio de aspectos isolados, implica, sim, ser capaz de combinar diferentes operacionalizações.” (Le Boterf, 2006, p.61)

O EC Estágio com Relatório estipula o desenvolvimento de competências especializadas em EESMOG no cuidar à mulher/casal e família no contexto da sala de partos, pelo que a realização do mesmo pressupõe:

- O desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais de EEESMOG nos cuidados especializados à família durante o período de trabalho de parto e puerpério imediato efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina;
- O desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais através da evidência e da reflexão crítica sobre o papel do pai durante o trabalho de parto e o seu impacto na experiência de trabalho de parto do casal;
- O desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no apoio ao processo de transição para a parentalidade, promovendo a vinculação da tríade mãe-pai-recém-nascido.

2. O NOVO PARADIGMA DA PTERNIDADE E O PAPEL DO PAI NA SALA DE PARTOS

O papel do homem na família está em mudança. Wall, Aboim & Cunha (2010) referem que

...com a erosão dos velhos modelos de masculinidade e a construção de novas formas de organizar a vida familiar, também os homens se viram, e se vêem, convocados à mudança e à reconstrução de si mesmos, das suas práticas, dos seus valores e das suas identidades...

Torna-se, por isso, imprescindível explorar os conceitos e representações subjacentes à paternidade e o seu impacto no trabalho de parto.

2.1 (Des)Construindo conceitos: expectativa, paternidade, parentalidade

A gravidez e o trabalho de parto, historicamente vivenciados como eventos femininos e domésticos, colocaram o homem durante muitos anos ausente do nascimento do filho, pelo que o papel do pai no nascimento é pouco definido, condicionado pelos valores culturais de uma determinada sociedade. Assim, tem por base uma construção social que indica a cada indivíduo o que é esperado de si.

De fato, as expetativas desempenham um papel crucial nas vivências de cada um, sendo-lhe reconhecidas duas origens, a partir das experiências prévias do indivíduo e a partir de experiências não diretas do indivíduo, como relatos e histórias contadas sobre situações vividas por outra pessoa (Serra, Antunes e Firmino, 1986)

Bandura (1978) distingue dois tipos de expetativa – de eficácia e de resultado. Enquanto a expetativa de eficácia está relacionada com o julgamento que a pessoa faz de si própria, se sente apta ou não para desempenhar o comportamento requerido, a expetativa de resultado diz respeito ao juízo que esta faz de que determinado comportamento leva à obtenção de uma determinada consequência.

A expetativa de eficácia está intimamente associada aos transtornos emocionais, na medida em que “todas as pessoas com uma expectativa de eficácia baixa, em dada tarefa, se não a conseguirem evitar ou não puderem fugir dela, executam-na com ansiedade” (Serra, Antunes e Firmino, 1986, p.86).

Ainda que seja interesse deste relatório conhecer mais do que o homem acredita ser a sua função durante o trabalho de parto por imposição social, parece-me que não podemos esquecer a importância da educação social e das crenças culturais de

cada um na construção das representações de quem é e de como se deve comportar mediante determinada situação.

De fato, ao descobrir o prazer da paternidade e da participação ativa no processo, “... os homens estão a tornar-se mais conscientes da importantíssima transição que ocorre nas suas vidas, e procuram ter a sua própria experiência pessoal.” (Colman e Colman, 1994, p.122)

A paternidade assume-se como uma construção progressiva condicionada por fatores sociais, culturais, económicos, biológicos, pessoais e familiares, pelo que associado às mudanças deste conceito, descritas por vários autores, também o conceito de parentalidade foi-se transformando. Considerado, inicialmente, apenas no ciclo de vida da mulher e, posteriormente, constatado e valorizado como processo integrante no ciclo de vida do homem, verifica-se uma evolução do conceito de parentalidade⁶, descrita como uma das tarefas mais difíceis, desafiadoras e de maior responsabilidade da vida do ser humano.

Aos pais são exigidas diferentes tarefas de forma a assegurar o desenvolvimento da criança, pelo que importa compreender as dimensões presentes no desempenho da parentalidade, pois só deste modo, saberemos porquê e como intervir e apoiar os cuidadores. Barroso e Machado (2010), apoiando-se no modelo de Hoghughi (2004), apontam a existência de onze dimensões da parentalidade que se subdividem em *atividades parentais*, *áreas funcionais* e *pré-requisitos*.

Por outro lado, se a influência genética começa a ser estudada no processo de parentalidade, não podendo portanto a vertente biológica ser esquecida, é ao nível socio-contextual do processo de parentalidade que se fundamentam as investigações nesta área e que se destacam os determinantes que parecem influenciar as práticas parentais: fatores individuais dos pais, características individuais da criança, fatores do contexto social.

Compreende-se, assim, que o comportamento parental é determinado por circunstâncias individuais, sociais e históricas (Barroso & Machado, 2010), não podendo, por isso, ser dissociado das questões de género e das representações por estas determinadas ao longo dos tempos.

⁶ “...conjunto de “atividades propositadas no sentido de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança” (Hoghughi, 2004, p.5), num ambiente seguro (Reader, Duncan & Lucey, 2005), de modo a socializar a criança e atingir o objetivo de torná-la progressivamente mais autónoma (Maccoby, 2000)” (Barroso & Machado, 2010, p.212)

O homem esteve preso durante muito tempo à impossibilidade de mostrar sentimentos e afeto sobre efeito de ver colocada a sua masculinidade em causa, pelo que a versão do pai tradicional, emocionalmente distante, luta ainda nos dias de hoje com a versão do pai atual que “...claramente implica a entrada num mundo emocional, até aqui considerado espaço das mulheres, e que pode confrontar-se com a noção de masculinidade.” (Balancho, 2012, p.29)

Dado as mudanças sociais que têm vindo a alterar profundamente o comportamento dos pais e a forma como estes se vêm enquanto homens, “...o sentir-se pai pode ser concebido e vivido como um direito e um dever. Direito do homem, para expressar seus sentimentos e participar dos cuidados sem o estigma da afirmação sexual. Dever, pela necessidade do filho de ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade e pela necessidade de divisão de tarefas entre homens e mulheres” (Freitas, Coelho e Silva, 2007, p.143).

O pai assume hoje papel central na gravidez, trabalho de parto e desenvolvimento da criança, reclamando para si os seus direitos enquanto pai, marido e homem (Balancho, 2012).

2.2 O papel do pai durante o trabalho de parto

O estudo realizado por Carvalho (2003) dá a conhecer as motivações do homem para a sua participação no trabalho de parto, das quais se destacam a solidariedade e o desejo de proteção e apoio à mulher que avalia como muito importante ter a seu lado alguém conhecido que lhe oferece cuidado e atenção (Motta e Crepaldi, 2005), com repercussões na experiência de trabalho de parto.

Brüggemann, Parpinelli, Osis (2005), realizaram uma exaustiva revisão da literatura que evidencia resultados positivos decorrentes do apoio durante o trabalho de parto, destacando-se a redução da taxa de cesarianas e da duração do trabalho de parto, a diminuição do uso de analgesia medicamentosa para alívio da dor e de oxitocina e o aumento da satisfação materna com a experiência vivida.

Da observação de casais em trabalho de parto, Motta e Crepaldi (2005) inferiram três categorias que descrevem o homem durante o trabalho de parto: presença passiva, referência familiar e acompanhante ativo.

Na primeira categoria, o pai não se envolve fisicamente no trabalho de parto, demonstrando dificuldade em se relacionar com a parturiente, mantém-se em silêncio sem estabelecer qualquer interação verbal ou física com a mulher, mesmo perante manifestações de dor desta.

Na categoria “referência familiar”, o pai demonstra maior disponibilidade e vontade de apoiar a mulher, demonstrando carinho e atenção com palavras de encorajamento. Porém, necessita de orientação sobre o quê e como pode ajudar durante o trabalho de parto, pois tem dificuldade em fazê-lo.

O “acompanhante ativo” é caracterizado pela habilidade em acompanhar a parturiente, oferecendo-lhe segurança e conforto de forma autônoma e espontânea. O apoio emocional surge associado a carinho e interações verbais de encorajamento, elogio e incentivo, assumindo-se o homem como o guia da mulher em trabalho de parto.

Esta caracterização vai de encontro à pesquisa de Chapman que identifica os diferentes papéis do pai durante o trabalho de parto como observador, comparável à categoria presença passiva; parceiros, equiparável à categoria referência familiar; e orientadores, com características semelhantes à categoria de “acompanhante ativo”. (Chapman, 1992 cit. por Lowdermilk e Perry, 2008)

Por outro lado, a partilha do momento de dor é também percebida pelos casais como uma motivação, considerando o fortalecimento da relação conjugal, pelo que Oliveira (2004) atenta para a importância da vivência conjunta e da partilha da experiência no estabelecimento de relações de maior proximidade com influência não só no processo de responsabilização dos cuidados ao recém-nascido, mas também no fortalecimento da relação que pode ser sujeita a contratempos fruto de identidades em mudança e adaptação.

Contudo, ainda que o apoio que o pai dá à mulher seja fundamental e indispensável, com benefícios reconhecidos, o papel deste não pode ser entendido apenas nesta direção. Os homens, referem Colman e Colman (1994), experienciam todo este processo à sua maneira, podendo ser a sua transformação pessoal tão grande quanto a da sua companheira.

A evidência científica corrobora demonstrando também o interesse do pai pelo nascimento do filho está fortemente vinculado à experiência de paternidade

(Carvalho, 2003; Kainz, Eliasson e Von Post, 2010). Na mesma ordem de pensamento, Brazelton e Cramer (2004, p.55) apoiando-se em Barnard (1982) referem que “...o envolvimento dos pais na gravidez e no trabalho de parto reforça a sua identidade como agentes participantes e ativos, reduzindo a sensação de que não estão a ser excluídos”, pelo que “...a sua presença permanente é, pois, duplamente compensadora: mantém os laços que os unem às mulheres e começam a saborear as alegrias da paternidade.”

3. PROCESSO METODOLÓGICO

A elaboração deste trabalho teve como finalidade o desenvolvimento de competências no cuidado à mulher/casal durante o período de trabalho de parto, no sentido de otimizar a saúde destes e do recém-nascido e apoiar o processo de transição para a parentalidade, com especial enfoque no papel do pai durante o trabalho de parto. Neste sentido, os objetivos do projeto que esteve na base deste trabalho foram:

- Identificar as expectativas do casal relativamente ao papel do pai durante os quatro estádios do trabalho de parto;
- Identificar as coincidências e desconincidências de expectativas entre os elementos do casal;
- Perceber se as expectativas iniciais do casal quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto foram alcançadas;
- Apoiar o processo de transição para a parentalidade incluindo o pai em todo o processo.

Foi adotada a metodologia de trabalho de projeto suportada numa prática baseada na evidência e na reflexão sistemática.

O **trabalho de projeto**, além de produzir conhecimentos sobre os temas em análise, permite intervir sobre os problemas identificados, dinamizando a relação entre teoria e prática. Assim, é mobilizada na resolução de problemas e potencia a reflexão (Leite, Malpique e Santos, 1989).

O contínuo desenvolvimento do conhecimento na área da saúde exige a atualização permanente do conhecimento científico, pelo que a evidência científica revela-se essencial na prática de cuidados de enfermagem de qualidade. A Ordem dos Enfermeiros atenta para a sua importância no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, referindo que este suporta a sua prática na investigação e no conhecimento, procurando interpretar, organizar e divulgar dados provenientes da evidência e discutir as implicações da investigação de forma a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2011).

A **prática baseada em evidência** foi definida por Sackett et al (1997), citado por Craig e Smyth (2004,p.8), como "...o uso consciente, explícito e criterioso da melhor

evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes”, evidenciando o valor competência profissional, a evidência pela investigação e os valores/perspetivas do utente.

Procura-se, portanto, que o exercício profissional dos enfermeiros evolua para uma lógica progressivamente mais conceptual, mobilizando o conhecimento da disciplina gerado a partir da investigação e das teorias de enfermagem (Paiva e Silva, 2005).

A **prática reflexiva** assume-se como uma importante componente dos cuidados de saúde baseados na evidência, na medida em que

...o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia a dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público. (Craig e Smyth, 2004,p.7)

A reflexão é considerada, portanto, um método de aprendizagem que, não sendo automático, representa um enorme desafio que impõe investimento, supervisão e treino e envolve uma atitude intencional de quem se propõe refletir sobre a prática, mantendo-se disponível à aquisição, mudança e/ou transformação de conhecimentos e comportamentos (Hyrkäs et al., 2001).

A prática reflexiva e a prática baseada na evidência melhoram a capacidade do enfermeiro aprender com a experiência, constituindo-se como estratégias no processo de crescimento pessoal e profissional, com resultados observáveis no desenvolvimento da enfermagem e na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Neste sentido, foi pertinente a elaboração de diários de aprendizagem que espelhem o supracitado (Apêndice II e Apêndice III).

Além da prática reflexiva e baseada em evidência, foram também mobilizadas a *observação*, a *entrevista* e o *método de associação livre de palavras*.

A observação e a entrevista foram realizadas em contexto de prestação de cuidados de enfermagem durante o EC Estágio com Relatório através de uma colheita de dados orientada para a problemática.

A observação “... permite identificar o sentido da situação social” e foi utilizada por poder haver tendência dos casais modificarem as suas respostas e/ou comportamentos (Fortin, 2000, p.241). Numa altura em que se assiste à presença “social obrigatória” dos pais no trabalho de parto, sem contudo serem trabalhadas

as suas expectativas e o seu papel neste processo, o homem pode sentir-se impelido a apenas verbalizar o que acredita que o outro deseje ouvir.

A entrevista surgiu da necessidade de explorar o período de trabalho de parto na perspetiva do casal, permitindo que este responda como entender sobre a sua experiência. Conduz, assim, a um conhecimento mais profundo da problemática em análise.

A mobilização dos métodos supracitados impõe a construção de instrumentos que orientem a observação do casal e a colheita de dados (Apêndice IV e Apêndice V).

O método de associação livre de palavras, mobilizado em contexto de visita domiciliária, procura desconstruir a racionalidade imposta ao discurso. Pediu-se ao casal que em separado respondesse, com a primeira palavra em que pensasse, a 6 de palavras enunciadas e definidas como “palavras estímulo” (Merten, 1992): gravidez, pai, trabalho de parto, parto, papel do pai durante o trabalho de parto, recém-nascido.

Pretende-se que ambos os elementos do casal racionalizem o menos possível as suas respostas e respondam de acordo com os reais sentimentos, expectativas e/ou vivências sobre a sua experiência de trabalho de parto. Importante neste processo foi também a análise das respostas em conjunto que permitiram não só compreender os significados atribuídos ao trabalho de parto, mas também apoiar o casal na descoberta das suas representações e experiências.

Para melhor compreender as questões relacionadas com a problemática em análise procurou-se realizar revisão da literatura orientada em duas vertentes. Por um lado, a pesquisa de autores e organizações nacionais e internacionais de referência e, por outro, através da realização de pesquisa em base de dados orientada pela questão de partida: “**Quais as expectativas de ambos os elementos do casal quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto na sala de partos?**”. Analisando a questão de acordo com a terminologia PICO, identificam-se ambos os elementos do casal como população em estudo (P), as expectativas quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto como o fenómeno de interesse (I) e bloco de partos como o contexto (Co).

Acedeu-se, então, à plataforma b-On e EBSCO com mobilização das bases de dados MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text, sendo a pesquisa

orientada pelos conceitos chave “paternal role”, “labor” e “childbirth”. Na pesquisa em base de dados o conceito “expectativas”, fenómeno de interesse deste projeto, não oferece quaisquer resultados pelo que não foi incluído. Contudo, a definição dos critérios de inclusão e exclusão que determinaram a seleção dos artigos a analisar, tiveram em conta este fenómeno.

Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os estudos deveriam ter como objetivo descrever o papel do pai durante o trabalho de parto, quer da perspetiva da parturiente, quer da perspetiva do próprio, ou as experiências/vivências do pai durante este período.

Como critérios de exclusão definiu-se que não seriam utilizados estudos que incidissem em gravidezes com patologia associada e/ou trabalhos de partos com complicações graves para a saúde da mãe/recém-nascido, uma vez que situações extremas que colocam em risco a vida da mulher ou do recém-nascido motivam vivências extremas, podendo condicionar os resultados deste projeto. Não obstante, não deixa de ser uma proposta para um projeto subsequente.

Foram excluídos também artigos repetidos, escritos em outra língua que não português, espanhol ou inglês, que não estivessem disponíveis em texto integral e que tivesse sido publicado antes de 2000. Assim sendo, introduziram-se como limitadores da pesquisa os seguintes parâmetros “texto completo” e “data de publicação 2000-2014”.

Da pesquisa realizada foram encontrados 34 artigos na plataforma ESBCO e 47 resultados na plataforma b-On, dos quais foram selecionados 4 artigos após a leitura do resumo, 3 artigos a partir da pesquisa elaborada na EBSCO e 1 a partir da b-On (Apêndice VI).

4. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise do desenvolvimento de competências reflete o percurso de aprendizagens desenvolvidas ao longo do EC Estágio com Relatório.

4.1 Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Ao longo do CMESMO, a prática baseada na evidência, sustentada em todos os ensinamentos clínicos (EC), promoveu a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro EESMOG, tal como preconizado pela OE e pela *International Confederation of Midwives* (ICM) e previstas nas Diretivas europeias sobre o reconhecimento das qualificações profissionais do enfermeiro EESMOG.

O percurso de aprendizagem culminou na realização do EC em sala de partos, onde puderam ser mobilizados conhecimentos e habilidades já adquiridas, e desenvolvidas outras.

O apêndice VIII apresenta de forma resumida as competências desenvolvidas nos EC do CMESMO, considerando a missão do enfermeiro EESMOG em assegurar cuidados especializados que produzam ganhos em saúde relacionados com a saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, promovendo autonomia nas decisões, contribuindo para o máximo potencial possível dos clientes, capacitando para o autocuidado e autovigilância e promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a sexualidade, gravidez, trabalho de parto, menopausa, entre outros (OE, 2011).

Mais especificamente no EC Estágio com Relatório, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro EESMOG no cuidado à família durante o período de trabalho de parto e puerpério imediato, efetuando o parto em ambiente seguro e otimizando a saúde da parturiente, do casal e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina foi orientado por uma filosofia de cuidados centrados na família e na promoção do parto normal.

Ao longo do EC deparei-me com uma variedade de famílias que caracteriza a nossa sociedade, podendo o aumento da taxa de divórcios (ainda que esteja a diminuir, associado talvez à diminuição do casamento e à crise económico-financeira europeia) e os segundos casamentos serem apontados como uma das causas

associadas à diversidade dos contextos familiares de hoje. *“Family structures and functions are constantly changing and adapting to external environmental and societal trends”*⁷ (ICN, 2002, p.5). Estas situações têm impacto na forma como a mulher/casal/família experiencia a gravidez e o trabalho de parto. Observei na sala de partos casais casados; casais em união de fato; casais que moravam em casas separadas, cada um junto dos pais; mulheres em TP (segundo filho), sendo o primeiro de um relacionamento anterior, que explicavam procedimentos e sensações, lembrando a experiência passada e procurando tranquilizar o homem que ansioso esperava o primeiro filho (também o contrário aconteceu); mulheres em TP, em processo de separação do pai do filho, sendo a irmã o seu acompanhante durante o internamento.

A diversidade de tipologias e dinâmicas familiares exigem, assim, que o enfermeiro EESMOG conceba, planeie e implemente intervenções dirigidas às especificidades de cada família.

A prática revela-nos diferentes formas de cada família vivenciar a gravidez e o trabalho de parto. Um dos casais referiu não ter dito nada aos seus pais aquando do internamento da mulher na maternidade com receio que os problemas relacionais entre as famílias de ambos perturbasse o trabalho de parto e a vivência de ambos do nascimento da filha. Já outro casal, após o nascimento, ansiava pelo momento de apresentarem o RN aos familiares mais próximos. Acompanhei o pai quando este foi apresentar o RN à família que entre sorrisos e lágrimas se abraçaram e congratularam.

Compreende-se, assim, que *“family nursing takes into account the bigger picture of the family’s community and cultural context”*⁸. (ICN, 2002, p.9)

A ICM comemorou o dia mundial das parteiras este ano com o slogan: *“Midwives: changing the world one family at a time”*⁹ (OMS, 2014).

Numa perspetiva de parto normal, foram concebidas, implementadas e avaliadas intervenções de enfermagem no sentido de promover o trabalho de parto fisiológico; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da

⁷ As estruturas e funções familiares estão em constante mudança e adaptação face às tendências externas ambientais e sociais.

⁸ Enfermagem de família tem em consideração o contexto cultural da comunidade em que a família está inserida.

⁹ Parteiras: mudando o mundo uma família de cada vez.

mulher/casal/família e RN; empoderar o casal, devolvendo-lhe o comando da sua experiência.

Durante o TP foram amplamente mobilizadas intervenções de promoção do conforto físico e emocional da grávida/casal, respeitando o processo fisiológico do trabalho de parto como preconizado durante o EC e ao longo deste relatório.

Nesta ótica, foram evitados procedimentos rotineiros como a episiotomia, a rotura artificial de membranas ou os exames vaginais repetidos.

Várias mulheres me questionaram: “*Levei um grande corte sra. enfª?*”, ficando surpresas quando lhes explicava que não tinha sido necessário.

De fato, até há poucos anos atrás a episiotomia surgia como uma intervenção “obrigatória” num parto eutócico, contudo, a evidência científica veio demonstrar as desvantagens desta técnica. Ainda assim questiono-me porque continuarão as mulheres à espera do “corte”. Falta de conhecimentos devido a vigilância/preparação pré natal desadequada?

Acompanhei quarenta e oito mulheres/casais em trabalho de parto, tendo realizado quinze episiotomias ao longo do EC, as quais foram efetuadas maioritariamente a mulheres mais novas. Esta minha experiência vai ao encontro dos achados de Silva *et al.* (2012) que refere que as mulheres mais novas são as frequentemente mais submetidas a este procedimento, tendo sido o uso de ocitocina e a posição semi ereta identificados como fatores associados a episiotomia e a lacerações grau II.

Os exames vaginais repetidos não fizeram parte da minha prática de cuidados considerando os aspetos psicológicos, a dor e o risco infeccioso associados aos toques vaginais frequentes (Dixon & Foureur, 2010). Esta filosofia era explicada à mulher/casal que compreendia as razões por detrás das intervenções defendidas. Assim, incentivei as mulheres a conhecerem o seu corpo. “*Se o corpo lhe pede para balançar, balance. Se lhe é confortável ficar de cócoras, fique de cócoras. Se lhe apetece um duche, diga-nos.*” Transmitir esta confiança à mulher/casal nem sempre foi fácil. Por quatro vezes, mulheres comentaram “*Não vai tocar sra. enfª? Para ver se já andou mais um bocadinho...*”.

A rotinização dos exames vaginais durante o trabalho de parto transmitem à mulher que pouco saberá da evolução do seu trabalho de parto e que são os profissionais de saúde que detém por completo e em exclusivo este conhecimento.

Por outro lado, deparei-me também, com a desilusão da mulher/casal quando, durante a cervicometria, se constatava menos dilatação cervical que o esperado por ambos. Dixon & Foureur (2010, p.24), referem “*women can also lose confidence in their ability to labour if they discover that there has been less cervical dilatation than expected*”¹⁰.

Neste sentido, ponderei cada exame vaginal com enfoque na avaliação do partograma e da cardiotocografia e observação de aspetos externos do trabalho de parto, tais como a palpação e auscultação dos batimentos cardio fetais. A utilização deste procedimento foi criteriosa e utilizada quando necessária mais informação que não podia ser obtida através da observação dos aspetos externos, como preconizado por Dixon & Foureur (2010). Estas autoras relacionam este princípio com a prestação de cuidados individualizados intraparto e referem que “*the use of the regular routine vaginal examination is questionable when the midwife is seeking to individualise care to each woman in labour*”¹¹ (Dixon & Foureur, 2010, p.25).

Durante o TP, promovi as posições verticais através da deambulação e da utilização da bola suíça a par da implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, com especial enfoque no duche de água quente, como forma de promover o processo fisiológico do parto e aliviar a dor da mulher (Barbieri et al, 2013).

O empoderamento da mulher/casal e família foi uma atividade consagrada ao longo do EC, e do CMESMO, considerando a missão do enfermeiro ao procurar que cada mulher/casal e família alcance o máximo de potencial de saúde.

Visei, assim, o seu empoderamento através do estabelecimento de uma relação de ajuda e da implementação de estratégias, como a educação para a saúde e a parceria dos cuidados que fomentam a promoção da saúde da família através da sua capacitação (Pereira et al, 2011).

Um dos casais evidencia a importância do estabelecimento da relação de ajuda, realçando a “*proximidade e empatia*” estabelecida entre o enfermeiro EESMOG e o casal no aumento de sentimentos de confiança e segurança durante o trabalho de parto. Referiu ainda a importância da assertividade nos momentos necessários: “*Senti que vocês [enfermeiras] nos deixaram à vontade num momento que era*

¹⁰ as mulheres também podem perder confiança na sua capacidade durante o trabalho de parto, ao descobrirem que houve menor dilatação cervical do que o esperado.

¹¹ o uso regular e rotineiro do exame vaginal é questionável quando a parteira procura individualizar o cuidado a cada mulher em trabalho de parto.

nosso...senti muito à vontade mas ao mesmo tempo quando era necessário orientaram-nos de forma assertiva...senti firmeza sem me sentir inibida e isso ajuda e transmite confiança.”

O apoio ao processo de transição para a parentalidade é transversal à área da obstetrícia, considerando as tarefas de desenvolvimento impostas nesta etapa do ciclo de vida familiar. Por este ser um tema que se entrelaça com a problemática em estudo, será abordada no capítulo que se segue.

4.2 Inclusão do pai durante o trabalho de parto

A aprendizagem e o desenvolvimento de competências no âmbito da parentalidade foram contínuos ao longo deste percurso, tendo sido retirados subsídios no decorrer das experiências em contexto de ensino clínico.

Consciente de que o processo de transição para a parentalidade se inicia muito antes do nascimento e de que as dificuldades sentidas pelo pai durante este momento advêm de expectativas irrealistas e de uma preparação pré natal deficiente, compreendo a transversalidade desta problemática pela gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

4.2.1. Preparação pré natal

Quando questionados os casais sobre se haviam sido abordadas estas questões durante a vigilância pré natal, a resposta foi geral: o tema não foi abordado ou foi abordado na perspetiva do “homem ajuda a mulher”, não sendo identificado o como, nem tão pouco valorizada a experiência do homem – as suas expectativas, os seus receios, as suas dúvidas. Uma das mulheres referiu acerca deste assunto: “*A enf.^a tinha vários temas que abordava em cada consulta e havia um sobre o trabalho de parto mas muito virado para o que eu ia sentir...as contrações e a dilatação...*”.

Uma revisão da literatura realizada por Hanson et al. (2009), refere que a preparação pré natal não oferece a informação e competências necessárias para que o pai se sinta preparado para trabalho de parto, nem as ferramentas necessárias para que seja capaz de apoiar a mulher e de gerir os seus próprios receios. Os homens referem que a educação pré natal é direcionada para ajudar as

mulheres mas não para as necessidades dos pais, pelo que desejam que os profissionais de saúde os orientem e guiem no seu papel durante o nascimento. Para tal, é necessário uma reestruturação na abordagem tradicional da vigilância pré natal, começando talvez pela abolição do conceito de “consultas de saúde materna”, que identificam a gravidez como um reduto de feminilidade.

No que respeita aos cursos de preparação para o parto não foi consensual, nem a sua frequência pelos casais, nem a pertinência da sua realização. Enquanto alguns casais justificaram a não frequência de nenhum "curso", tendo recorrido a informação na internet, família, amigos e experiência anterior (no caso dos segundos e terceiros filhos), outro casal referiu não ter procurado mais informação além da fornecida nas consultas de vigilância por considerarem o parto um processo natural. Contudo, os pais que realizaram preparação para o parto ofereceram maior apoio às mulheres e com necessidade de menos informação/orientação por parte da enfermeira durante o TP, nomeadamente na realização dos exercícios de respiração, na utilização da bola suíça, no tranquilizar da mulher face aos *timings* do trabalho de parto, *“Vá, respira fundo... Já sabíamos que podia demorar um bocadinho, que não era assim de um momento para o outro.. Respira comigo devagar...”*.

A realização de algumas sessões destinadas aos homens são defendidas por vários autores e começam a ser já uma realidade.

No EC III (Cuidados de Saúde Primários) participei numa sessão, inserida no curso de preparação para o parto, apenas para os homens, tendo estes verbalizado, à semelhança do descrito por Hanson et al. (2009), que a existência de uma atmosfera descontraída e sem a presença das companheiras constituía uma oportunidade para que pudessem partilhar as suas dúvidas e receios, pelo que a consideraram muito útil. Aqui foram realizadas simulações de situações com as quais se poderiam confrontar relacionadas com sinais e sintomas para se dirigirem à maternidade, analgesia durante o TP, amamentação, perturbações psicológicas no pós parto e sexualidade no pós parto. Foram também questionados sobre as suas experiências relativas à gravidez e expectativas quanto ao parto e pós parto, procurando antecipar-se algumas sensações: *“Já pensaram no aspeto de uma sala de partos? Nos cheiros da sala de partos?”*. Segundo Hanson et al (2009), os pais expressam desejo de mais informação quanto ao que esperar no hospital, assim

como acerca dos sentimentos que vão experienciar depois do nascimento e durante os cuidados ao recém-nascido.

4.2.2. Expetativas quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto

Nas sociedades ocidentais, é exercida pressão sobre o pai para estar presente durante o nascimento, seja pelas expectativas gerais da família, seja através dos media. Contudo, esta presença persiste numa perspetiva de espetador, mais do que participante (White, 2007).

Apesar das mulheres identificarem o pai como a pessoa que gostariam de ter ao seu lado a apoia-las, algumas desvalorizam as suas capacidades por influência das representações que constroem a partir da comunicação social como se pode constatar na seguinte citação:

sempre achei que os homens durante o trabalho de parto fossem pouco úteis...por aquilo que se ouve na televisão e vê nos filmes...Sempre lhe disse – vê lá se queres mesmo ir, senão vais para lá e depois as pessoas precisam de te prestar assistência a ti e não a mim e ao bebé. – Olhe não sei...nós até temos amigos que assistiram ao parto e correu tudo muito bem mas era a ideia que tinha. Hoje sei que estava enganada.

Todavia, as mulheres identificam o companheiro como um dos aspetos positivos e/ou estratégias mobilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas durante o TP, caracterizando o pai como protetor, carinhoso, um apoio, que ajuda e transmite segurança. A citação anterior revela também a mudança de expetativas após o TP, descobrindo as mulheres uma face ainda não conhecida do pai da criança (Kainz Eliasson e Von Post, 2010). Algumas mulheres verbalizaram já durante o TP mudança quanto ao que esperavam do seu companheiro:

- “*Estás a portar-te muito bem.*” (durante o 1º estadio)
- “*Está-se a sair bem melhor do que esperava.*” (durante o 1º estadio)
- “*Portaste-te muito bem!*” (no 4º estadio)

O momento de discussão entre o casal relacionado com a presença do pai durante o trabalho de parto é pouco evidente, referindo alguns casais só surgir a partir do 2º trimestre de gravidez. Quando questionado um casal grávido de 22 semanas sobre sobre esta questão, as respostas foram claras:

- “*Ainda é muito cedo para pensar nisso*” (pai);

– “Engraçado colocar-me essa questão. Sempre disse que ele ia assistir ao parto mas nunca falámos disso.” (mãe)

Já na sala de partos, quando questionado um casal sobre a presença do pai, responderam que este estaria presente até ao momento da expulsão mas não tinham a certeza se o pai conseguiria assistir ao nascimento devido à presença de sangue. Noutra situação, o pai acompanhou o primeiro estadio do TP mas pediu para sair durante a expulsão.

Um estudo conduzido por Abushaika & Massah (2012), refere que o apoio do homem durante o TP não obriga a sua presença durante o 2º e 3º estadio. Os resultados deste estudo estão relacionados com motivos culturais e religiosos. Ainda assim, são dados importantes a considerar e a mobilizar no planeamento de cuidados personalizados.

Hanson et al. (2009) aponta como razões para o homem não assistir ao trabalho de parto a aversão a assistir ao sofrimento da mulher, medo de desmaiar, receio da indisposição provocada pelo sangue e medo do declínio da vida sexual no pós parto.

De fato, as perturbações da sexualidade no pós parto são uma preocupação para o casal e devem constituir um foco de atenção para o enfermeiro EESMOG.

No EC III (Cuidados de Saúde Primários) uma mulher partilhou comigo a dificuldade sentida pelo marido no reinício da vida sexual após observação do período expulsivo – decisão ainda não tomada pelo homem. White (2007) revela que, após o parto, os pais têm dificuldade em ver a sua companheira como parceira sexual e que as experiências emocionais negativas durante o trabalho de parto são responsáveis por sérias consequências na relação conjugal e familiar.

Compreende-se, deste modo, a importância do enfermeiro EESMOG conhecer as expectativas do casal quanto à participação e envolvimento do pai durante o trabalho de parto. Neste sentido, questionei os casais quanto à presença do pai. Nas duas situações em que estes me referiram não terem certezas sobre a sua presença durante o período expulsivo, aquando do início do 2º estadio do TP e antes de me equipar, expliquei ao casal a fase em que estávamos de forma a estes puderem decidir conscientemente.

Em ambas as situações, dirigi-me em particular ao homem, isto porque, os pais tendem a sentir-se excluídos das tomadas de decisão como se as suas opiniões não interessassem, sendo as decisões submetidas à mulher e alienadas do homem (White, 2007).

Um dos casais decidiu que o pai não assistiria ao período expulsivo e na outra situação o pai decidiu ficar junto da mulher.

Noutra situação, deparei-me com um casal que quando confrontado, durante o 1º estadio do TP, sobre a presença do pai durante o nascimento respondeu que este assistiria. Contudo, durante um período de ausência do pai para se ir alimentar, a mulher entra em período expulsivo. Quando o marido da parturiente voltou à sala de partos, a mulher negou-lhe o acesso: *“não, não quero que ele entre! Não quero que ele me veja assim...”*.

Carvalho (2003, p.S395) refere que “a suposição de que os homens não “aguentariam” a experiência esteve muito presente mesmo entre os que participaram do parto, parecendo que as mulheres projetavam nos homens o medo, o nojo e a vergonha do parto”.

O medo da experiência e as expectativas descoincidentes do casal manifestam-se frequentemente como impeditivos para alguns pais participarem, reforçando, deste modo, a necessidade de perspetivar estas problemáticas durante o período pré natal.

4.2.3. O papel do pai durante o trabalho de parto

A experiência obtida no acompanhamento de casais na sala de partos, no que concerne ao papel do pai durante o TP, vai ao encontro dos resultados de Shibli-Kometiani (2012) que referem que o pai adota diferentes papeis no acompanhamento da mulher em TP.

Shibli-Kometiani (2012) refere no seu estudo que alguns pais adotam durante o trabalho de parto apenas um papel (o de observador) durante, enquanto outros adotam dois papeis (o de observador e de parceiro) ou até os três papeis descritos pelos teóricos – o de observador, de parceiro e de orientador.

No primeiro estadio do TP o papel adotado predominantemente pelos pais que acompanhei foi o de parceiro/referência familiar. O homem ajuda a mulher a

mobilizar-se na cama, compõem-lhe os lençóis, ajuda nos exercícios de respiração e realiza massagem, com predomínio da troca de olhares e do toque entre ambos. O pai oferece ainda palavras de encorajamento, incentivo e elogio à mulher.

Uma das mulheres no período pós parto quando questionada sobre como tinha vivenciado o TP tendo o marido como acompanhante, refere que a calma por ele transmitida, o apoio nas respirações e as palavras de encorajamento tinham sido fundamentais: *“Ajudou-me até a desfocalizar a minha atenção da epidural Ele disse: Não dá. Agora vamos respirar. Faz comigo.”* (quando esta senhora chegou à sala de partos estava com nove centímetros de dilatação, pelo que não fez epidural, tendo ficado inicialmente muito ansiosa e perturbada)

Kainz, Eliasson e Von Post (2010), realizaram um estudo sobre a experiência das mulheres em TP com a presença do pai da criança e concluem que o pai é uma pessoa importante neste processo. Alguns dos seus achados, cruzam-se com a minha observação e prática em EC, na medida em que o pai ajuda a mulher nos cuidados de conforto, oferecendo-lhe água, esfregando-lhe e/ou massajando-lhe as costas, limpando-lhe a testa; ajuda-a a respirar corretamente; inspira a mulher a ter força e coragem, transmitindo calma, elogiando-a e incentivando-a a não desistir nos momentos mais difíceis do trabalho de parto (Kainz, Eliasson e Von Post, 2010).

Alguns pais referem a necessidade de apoio e orientação da equipa de saúde, pois como um verbalizou, *“Sabia que tinha de dar força e queria ajudar mas às vezes também não sabia como...não sabia o que fazer, como fazer.”*

Segundo Kainz, Eliasson e Von Post (2010), quando o pai toma consciência da ajuda que está a dar à mulher, poderá ajudar ainda mais eficazmente. Compreende-se, deste modo, o papel fundamental do enfermeiro EESMOG no empoderamento do pai, através de educação para a saúde e/ou esclarecimento de dúvidas acerca do processo fisiológico do trabalho de parto e do *feedback* positivo quanto ao apoio deste à mulher (Kainz, Eliasson e Von Post, 2010; Hanson et al., 2009).

Por diversas ocasiões, tive a perceção de que a presença do enfermeiro EESMOG era inibitória para o pai, uma vez que este deixava de apoiar e interagir com a mulher à nossa chegada. Hanson et al. (2009) refere que o hospital é um local desconfortável e intimidante para muitos casais, pelo que os pais podem ter receio de falar, aconselhar e/ou decidir com as suas parceiras acerca dos cuidados.

Todavia, ao procurar clarificar esta percepção, um pai respondeu-me que não se sentia inibido mas sim aliviado: *“Apesar de sabermos que estavam sempre por perto, ao entrarem sentia alívio porque pensava – Ahh, elas já aqui estão e vai ficar tudo bem...”*.

No segundo e terceiro estadio, o pai tende a adotar um papel mais passivo, de observador/presença passiva. Sentados ou de pé, ficam junto da cabeceira da mulher. Expressam maior ansiedade através do seu facies e diminui a interação entre o casal – o toque, as palavras de encorajamento. Segundo Shibli-Kometiani (2012), à medida que a ansiedade aumenta, o pai torna-se mais passivo e oferece menos suporte.

De fato, foram vários os pais que confessaram que todos os estadios do trabalho de parto haviam sido desgastantes e de muita ansiedade, não sabendo sempre o como agir. Todavia, por considerarem que o seu papel era serem um *“guia”*, uma *“ajuda”*, um *“apoio”* (sic) para a mulher tinham que permanecer calmos e não deixar transmitir os seus sentimentos.

Hanson et al. (2009) atenta para a necessidade do homem esconder os seus sentimentos e/ou controlar as suas emoções e medos das suas companheiras. Por outro lado, não podemos deixar de considerar que a admissão dos seus medos e fragilidades poderá ser visto como um sinal de fraqueza que porá em causa a sua masculinidade (idem).

Por outro lado, o estudo de Hanson et al. (2009) revelou que os pais com menos de 32 anos de idade e os pais de primeira vez ficam menos confortáveis durante o nascimento, comparativamente com os pais mais velhos ou mais experientes. A experiência obtida no acompanhamento dos casais em sala de partos vai ao encontro destes achados.

Após o nascimento, o pai é inundado por uma *“mistura de sentimentos”* (sic). Nesta fase, muitos pais emocionam-se, choram e riem ao mesmo tempo que beijam carinhosa e orgulhosamente a mulher. Dellman (2004) refere acerca da experiência paterna no trabalho de parto que o que os pais pensam acerca da sua presença é tão angustiante como maravilhoso.

Após o nascimento, muitos pais disseram *“Conseguiste!”*. Várias mulheres responderam *“Conseguimos!”*. Esta alteração de semântica poderá ser justificada

pela diferente forma como ainda é vista a gravidez e o TP entre homens e mulheres.

Enquanto as mulheres descrevem a gravidez e o TP como família e união, muitos homens concentram as suas respostas em bebé, como o resultado. Por outro lado, a convicção do homem em proteger e apoiar a mulher e o filho impele-os a envolverem-se em todo o processo (Hanson et al., 2009; Shibli-Kometiani, 2012). Os sentimentos de felicidade e orgulho de se tornarem pais surgem espontaneamente para ambos os membros do casal (Kainz, Eliasson e Von Post, 2010). Os pais sorriam e tocam no RN, falando-lhe carinhosamente. Alguns manifestaram desejo de cortar o cordão umbilical.

As experiências dos casais, nomeadamente do pai, durante o TP e o contato precoce com o RN produzem consequências positivas no envolvimento emocional do pai com o lactente.

O corte do cordão umbilical é identificado como uma atividade em que os pais se sentem mais envolvidos e úteis, na medida em que tal pode representar uma forma do pai se aproximar e fazer parte da família, aumentando a sua confiança nas suas competências parentais (Hanson et al., 2009; Brandão & Figueiredo, 2012).

O enfermeiro EESMOG assume, deste modo, um papel privilegiado como facilitador e promotor no processo de transição para a parentalidade e de vinculação da tríade, ao encorajar e/ou propor o corte do cordão umbilical pelo pai como evento facilitador do envolvimento emocional deste com o filho (Brandão & Figueiredo, 2012). Importa, todavia, esclarecer que facilitar, encorajar ou propor não são sinónimos de impor, exigir ou obrigar. Isto porque as necessidades individuais de cada pai e casal devem ser consideradas de forma a ser promovida uma experiência de trabalho de parto positiva.

Assim, no decorrer do TP procurei conhecer quais as expectativas e desejos dos pais no que concerne a esta temática – nenhum me referiu de antemão não desejar cortar o cordão umbilical. Todavia, após o nascimento, e quando confrontados com a proposta de cortar o cordão umbilical, alguns pais recusaram por estarem demasiado emocionados ou por receio de magoar o bebé.

Numa destas situações, e perante a evidente hesitação mas franco interesse do pai, ajudámo-lo a cortar o cordão umbilical, tendo este demonstrado agradecimento pelo

tempo e disponibilidade demonstrada. Compreende-se, assim, que as necessidades individuais dos pais devem ser conhecidas, exigindo uma postura do enfermeiro EESMOG de apoio e presença (Brandão & Figueiredo, 2012).

Shibli-Kometiani (2012) refere que o casal demonstra grande apreço quando a equipa de saúde envolvida no trabalho de parto facilita a participação ativa do pai.

No quarto estadio do TP aumenta a interação física entre o casal e o RN através do sorriso, do toque, do enamoramento com o RN.

Alguns pais demonstram nesta fase o cansaço físico e emocional imposto por este processo e permanecem sentados na cadeira ao lado ou ao fundo da cama durante vários minutos. Quando confrontados com esta situação, revelam alívio por tudo ter corrido bem com a mulher e com o RN, bem como cansaço e descompressão da ansiedade sentida.

Hanson et al. (2009), atenta para os receios sentidos pelo homem durante o TP: medo pela segurança da mãe e do bebé, ansiedade e medo relacionado com a dor sentida pela mulher, desamparo, angústia e dúvidas quanto às suas competências paternas.

Ao longo da experiência no acompanhamento de casais em trabalho de parto em contexto de sala de partos, deparei-me com algumas reações intempestivas e rudes na interação do pai com a equipa de saúde.

A literatura reflete sobre esta realidade, referindo que o recurso do homem à agressividade surge, por vezes, como resposta para lidar com relações desiguais de poder face a momentos em que este se sente desrespeitado (Carvalho, 2003).

Entenda-se que o desrespeito pode surgir dirigido ao próprio ou dirigido à mulher. Todavia, atendendo à necessidade do pai em proteger e defender os direitos da mulher (Carvalho, 2003; Kainz et al., 2010; Abushaikha & Massah, 2012; Shibli-Kometiani, 2012), o desrespeito dirigido à parturiente assume prioridade na atenção do pai.

A perturbação da privacidade e da intimidade da mulher/casal, a par da dor do trabalho de parto são fatores que parecem despoletar maior tensão e apreensão nos comportamentos do pai durante o trabalho de parto, como se constata nas seguintes citações:

– “Onze pessoas num espaço deste tamanho não pode ser bom! E logo naquele momento? Felizmente vocês [enfermeiros] correram com eles e eles saíram rápido porque eu ia-me passar!” (um pai acerca da entrada de alunos e equipa médica durante o período expulsivo)

– “Mas vocês estão a brincar? Ela passou aqui a noite toda, está cheia de dores e vocês não fazem nada!” (um pai a dirigir-se à equipa médica)

Em relação ao desrespeito pelo homem e pelo seu papel durante o trabalho de parto, vivenciei uma situação que motivou a realização de uma reflexão crítica através da elaboração de um diário de aprendizagem (Apêndice III).

Durante a realização de uma exame vaginal e quando questionado se sentia-se bem, o pai respondeu de forma seca, parecendo ter ficado ofendido com a questão colocada. Ao conversar novamente com este pai, compreendi as razões do seu comportamento – ignorado pela equipa médica quando esta entrou no quarto onde a sua mulher estava em trabalho de parto, sentiu-se espectador no nascimento do filho; sentiu a sua individualidade ser *reduzida* quando a enfermeira em vez do nome próprio o chamou por “pai”; receou que a razão pela qual lhe perguntaram como se sentia, se prendia com representações sociais pré-concebidas de que os homens não são capazes de estar presentes de forma ativa e afetiva durante o trabalho de parto.

De fato, Kaplan (2004) alerta para alguns comportamentos dos profissionais de saúde que em nada dignificam o papel do pai durante o trabalho de parto, tais como serem tratados como meros visitantes e serem chamados de “papá” ou “pai”, como se não tivessem individualidade própria.

Assim, se nos dirigimos à mulher pelo nome próprio ou pelo nome pelo qual gosta de ser tratada, defende-se o mesmo princípio para com o pai, também ele alvo dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro deve, portanto, apresentar-se ao casal, conhecendo ambos os elementos e dirigindo-se a eles pelo seu nome próprio, não desvalorizando a individualidade de cada pessoa como forma de humanizar e personalizar os cuidados de enfermagem.

4.2.4. O enfermeiro EESMOG durante o trabalho de parto: a ciência de enfermagem para o cuidar

A existência de expectativas irrealistas e descoincidentes entre o casal resultantes de uma preparação pré natal desadequada é responsável pelas dificuldades sentidas pelo homem durante o trabalho de parto (Shibli-Kometiani, 2012).

O enfermeiro EESMOG assume, portanto, papel de referência quando se torna num elemento facilitador do processo de transição para a parentalidade ao apoiar e orientar o casal durante o trabalho de parto e, de forma mais alargada, durante o período pré natal (Hanson et al., 2009; Shibli-Kometiani, 2012).

De fato, a gratificação dos casais quanto à intervenção do enfermeiro durante o trabalho de parto são, além de descritas na literatura, marcos da minha experiência em contexto de ensino clínico. Vários casais evidenciaram como aspetos positivos e/ou estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas durante este período o enfermeiro:

- *“Senti que vocês nos deixaram à vontade num momento que era nosso...senti-me muito à vontade...mas ao mesmo tempo quando era necessário orientaram-nos de forma muito assertiva...eu senti firmeza sem me sentir inibida e isso ajuda e transmite confiança.”*
- *“Aspetos positivos? A proximidade e empatia que foram capazes de criar connosco tão rápido...senti-me à vontade e segura.”*
- *“Obrigado Sra. Enfermeira! Muito obrigado por estar comigo...por ajudar o meu filho a nascer...”*
- *“Vocês realmente apoiam...e nós sentimo-nos acarinhados...e depois gostei que me tivessem explicado o funcionamento do aparelho das contrações, terem-nos explicado tudo...”*

A relação empática e de confiança, traduzida no apoio personalizado e contínuo ao casal, emanam destes relatos. Vários casais destacam como características do enfermeiro EESMOG a disponibilidade demonstrada, o *estar com* a mulher/casal, a capacidade de acarinhar, o ser assertivo nas orientações necessárias. Assim, compreender os outros como seres únicos, bem como as suas necessidades e sentimentos, são pressupostos no estabelecimento de uma relação de ajuda (Watson, 2002).

A informação e explicação dos procedimentos a realizar foi também apontada como securizante, como demonstrado no discurso supracitado de um pai, pelo que a fundamentação e esclarecimento das técnicas, materiais e procedimentos a realizar, a par da disponibilidade demonstrada para o esclarecimento de dúvidas, e a orientação e instrução do casal consoante as necessidades individuais de cada mulher/pai/casal, assume-se como uma atividade primordial no estabelecimento de uma parceria de cuidados.

A informoterapia¹² geradora de aprendizagem e de novas capacidades deve ser amplamente mobilizada numa relação de cuidar que vise a valorização do casal e o seu empoderamento na consecução do seu plano de parto e parentalidade (OE, 2011).

O enfermeiro EESMOG assume, assim, responsabilidade no apoio e orientação do casal para que estes consigam de forma harmoniosa atingir uma experiência positiva de trabalho de parto.

De fato, o conhecimento e compreensão, a par da motivação, constituem dimensões da parentalidade a que o enfermeiro EESMOG deve estar atento no apoio ao processo de transição considerando a sua influência no desenvolvimento das atividades e competências parentais.

Ao longo da minha experiência em contexto de sala de partos, deparei-me com necessidades de ordens diferente por parte do casal. Isto porque, um momento envolto de uma enorme carga emocional para o casal, é também muito marcado pela dimensão física.

Neste sentido, a mulher manifesta, de forma predominante, necessidades de ordem inferior, centradas na satisfação de necessidades bio e psicofísicas. Já o homem revela predominantemente necessidades de ordem superior, centradas na satisfação de necessidades integradoras psicossociais.

Assim, baseado em Jean Watson (2008), proponho a identificação de intervenções de enfermagem durante o acompanhamento do casal em trabalho de parto (Apêndice VII).

¹² Informoterapia é a prescrição oportuna e a disponibilização da informação em saúde, baseada na evidência, para atender às necessidades específicas dos indivíduos e apoiar as suas tomadas de decisão. (Mettler & Kemper, 2005). Consagrada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011c)

A sistematização destas intervenções visa fornecer orientações para a concepção e implementação de estratégias de cuidados ao casal durante este período, pelo que não se pretende uniformizar ou standardizar os cuidados de enfermagem.

Uma melhor análise e reflexão dos cuidados prestados traduzir-se-á na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com repercussões em evidentes ganhos em saúde.

A implementação destas intervenções durante o ensino clínico em contexto de sala de partos traduziram-se num aumento de confiança por parte dos pais, evidente nos comportamentos e discursos não hesitantes e otimistas; numa maior vinculação paterna, traduzida nos comportamentos do pai que sorri, fala, toca e acaricia o recém-nascido; na presença de sentimentos de “*orgulho*” e “*dever cumprido*”, percebidos nas situações presenciadas.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A prática de cuidados preconizada e subjacente à elaboração deste projeto foi regulada pelos princípios éticos e deontológicos definidos tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

O dever de informar, artigo 84º do CDE, reflete o direito da mulher/casal à autodeterminação e preconiza o respeito, defesa e promoção do direito da pessoa ao consentimento informado.

Assim, o consentimento informado foi sempre garantido, ora verbalmente quando no decurso da prestação de cuidados em contexto de ensino clínico, ora por registo escrito nas situações de visita domiciliária. Nestas últimas, foi solicitada a participação do casal, tendo sido fornecida informação sobre a finalidade e objetivos da visita e do projeto e sua pertinência para a área da saúde, bem como um registo escrito assinado por ambos os elementos do casal.

As informações fornecidas pela mulher/casal estão protegidas pelo dever do sigilo (artigo 85º do CDE) que consagra o respeito pela privacidade e confidencialidade ao estipular que mesmo as situações de aprendizagem, de desenvolvimento de saberes ou de promoção da qualidade não estão isentas dos princípios orientadores gerais, pelo que deve ser garantida a preservação do anonimato e proteção da identidade (OE, 2003, 83). Neste sentido, quer na elaboração deste relatório, quer na elaboração dos diários de aprendizagem e estudos de caso, garante-se o anonimato de mulheres/casais, famílias, profissionais de saúde e instituições de saúde, pelo que todos os nomes utilizados são fictícios e as datas não reveladas para proteção destes.

O dever de sigilo surge em clara relação com o dever de respeito pela intimidade (artigo 86º do CDE). Assim, o direito à intimidade reporta-se ao poder da mulher/casal em negar-se a responder a algumas questões, a saber protegida a sua identidade e à confidencialidade da informação que partilharam.

6. LIMITAÇÕES DO PROJETO

A realização deste projeto contempla algumas limitações sobre as quais importa refletir.

Ao analisar-se os critérios de inclusão/exclusão compreende-se que foram apenas mobilizadas as experiências dos casais que incidissem em gravidezes sem patologia associada e/ou trabalho de parto sem complicações graves para a saúde da mulher/recém-nascido.

Situações extremas que colocam em risco a vida da mulher ou do recém-nascido motivam vivências extremas, não constituindo objetivo deste projeto. Porém, esta será uma área de interesse no desenvolvimento de novos projetos nesta área de cuidados.

Por outro lado, foram envolvidos na realização deste projeto casais em trabalho de parto do primeiro e/ou segundo filho.

Considerando as diferentes etapas do processo de transição/adaptação para a parentalidade, bem como as diferentes etapas do ciclo familiar, tal poderá constituir-se como uma limitação. Assim, sugere-se a realização de projetos que permitam melhor compreender as diferenças e semelhanças entre estas os casais “primíparos” e os casais “multíparos”.

Também no que respeito aos contextos sociais, culturais e religiosos deparamo-nos com uma limitação do projeto, na medida em que não foram impostos critérios de exclusão. Contudo, a observação e reflexão crítica que fundamenta a elaboração deste relatório advém, predominantemente, de casais caucasianos de nacionalidade portuguesa.

Ainda que os estudos revelem experiências similares quanto ao papel do pai durante o trabalho de parto nos vários grupos sociais, culturais e religiosos (Shibli-Kometiani, 2012), não deixa de ser pertinente uma maior compreensão das expectativas do casal face às especificidades de cada contexto sociocultural e religioso.

7. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A elaboração deste projeto evidencia a necessidade de mudança a vários níveis que se interrelacionam, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem, à gestão dos cuidados, ao ensino e à investigação.

A investigação nesta área de cuidados deve procurar ser mais abrangente, não só contemplar a experiência do casal, evidenciando as expectativas, receios e dúvidas do pai, como também, avaliar as políticas institucionais e as representações da equipa de saúde que contribuem para a marginalização do papel do pai durante a gravidez e trabalho de parto. Propõe-se, ainda, o estudo de diferentes populações culturais a fim de se cruzarem semelhanças e identificar diferenças para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis.

No que respeita aos cuidados e gestão dos cuidados de enfermagem, propõe-se a implementação de estratégias que defendam verdadeiramente uma conceção do parto enquanto evento natural, fisiológico e familiar.

O enfermeiro EESMOG deve-se questionar se ao negligenciar o pai e a importância da família no exercício parental, aquando do planeamento de cuidados, não estará a manter um processo de cuidados centrados na ciência tradicional (na fisiologia e no corpo físico) e a descurar a essência do cuidar.

A par do defendido por Watson (2002), não se pretende dissociar os dois contextos (o contexto tradicional, orientado para a fisiologia, e a ciência de enfermagem, orientada para o cuidar), mas antes reconciliar as suas diferenças, centrando o foco de atenção no fenómeno humano – na experiência da pessoa, nos seus valores, nos significados por ela atribuído à situação de cuidados.

Considerando a perceção do papel do pai na vigilância da gravidez e trabalho de parto como secundária, importa desenvolver estratégias que identifiquem o homem como alvo dos cuidados de saúde.

A preparação para a parentalidade deverá incluir momentos centrados nos homens, constituídos apenas por homens onde estes possam criar uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar e partilhar as suas expectativas, dúvidas e anseios. A presença de outros homens que já passaram pelo mesmo processo poderá ajudar

os “futuros pais” a desenvolver estratégias de *coping* face às problemáticas discutidas.

O ensino na área da saúde materna e obstétrica deve refletir a filosofia de cuidados supracitada e incluir o homem de forma mais evidente uma vez que seriam claros os benefícios para a qualidade dos cuidados de enfermagem de uma maior e melhor formação acerca da masculinidade/feminilidade, da paternidade/maternidade, da conjugalidade e parentalidade.

Todavia, mudanças mais drásticas são necessárias para que o paradigma da gravidez e do nascimento deixe de ser um evento tendencialmente entendido como pertença do universo feminino.

De fato, a atual prática de cuidados de saúde contribui para as representações comuns de que os homens “não aguentariam” o trabalho de parto, parecendo fazer parte das estratégias de poder das mulheres para manterem os homens ausentes dos ambientes “femininos” (Carvalho, 2003).

Devemos questionarmo-nos porque continuamos a falar de planeamento familiar e não de saúde sexual? Porque convocamos as mulheres para as consultas de planeamento familiar e deixamos os homens sem o devido e necessário apoio? Porque continuamos a definir as consultas de vigilância de gravidez como saúde materna, como se este período apenas dissesse respeito à mãe e esta constituísse o único foco de atenção dos profissionais de saúde?

Por outro lado, a preparação para a parentalidade não pode continuar a ser percecionada enquanto período de aprendizagens e desenvolvimento de competências circunscritas a um período de tempo (associado à realização de cursos).

A preparação para parentalidade deve ser entendida numa perspetiva de processo a ser iniciado precocemente, muito antes da adultícia, pois é através das práticas educacionais de hoje que promovemos as competências que determinam a mudança nas representações do “ser pai” e do “ser mãe”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de intervenções de enfermagem no apoio ao processo de transição para a parentalidade é preconizado quer pela Ordem dos Enfermeiros, quer pela *International Confederation of Midwives*, instituições de referência nacional e internacional que orientam o cuidar do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Assim, o desenvolvimento de competências nesta área assumiu especial atenção na elaboração deste relatório.

Durante a elaboração do projeto que esteve na base do presente relatório, constatou-se que o pai adota diferentes comportamentos durante o trabalho de parto, podendo o seu distinto papel ser designado de parceiro/referência familiar e observador/presença ativa, atendendo à literatura consultada.

Assim, se no primeiro estadio do trabalho de parto o pai adota predominantemente o papel de parceiro/referência familiar, ajudando, apoiando e encorajando a mulher, no segundo e terceiro estadios o pai adotou um papel menos ativo, caracterizando como observador/presença ativa. Nestes estadios o pai permanecer sentado ou de pé junto da cabeceira da mulher e expressa maior ansiedade manifestada através do seu facies e da diminuição da interação entre o casal.

O quarto estadio do trabalho de marcado é marcado por um aumento da interação entre a tríade, através do sorriso, do toque, do enamoramento com o recém-nascido. É de referir também que os pais demonstram nesta fase o cansaço imposto por este processo, bem como a necessidade de descompressão da ansiedade sentida e alívio pelo nascimento sem complicações para a mulher e criança.

Compreende-se, deste modo, por um lado, as motivações evidenciadas para o envolvimento do homem na gravidez e trabalho de parto – a proteção da mulher e do recém-nascido – e, por outro, a necessidade do homem em ocultar os seus receios e sentimentos perante a companheira, sobrepondo as necessidades da mulher às suas próprias necessidades.

De fato, constata-se descoincidências na caracterização das necessidades do casal ao longo do trabalho de parto. Por ser a mulher que fisicamente está a viver o processo de trabalho de parto, é esta que manifesta necessidades de ordem inferior durante os primeiros estadios do trabalho de parto. Já ao homem podem-se

identificar necessidades de ordem superior ao longo de todo o processo, ainda que o mesmo as desvalorize, como já referido.

O processo de transição para a parentalidade apesar de ser amplamente discutido enquanto fenómeno de interesse do cuidar em enfermagem, tem sido, inegavelmente, abordado de forma desigual ao não contemplar da mesma maneira as experiências, expectativas e vivências de ambos os membros do casal, centrando-se os trabalhos desenvolvidos predominantemente na perspetiva da mulher.

Esta conceção retrata a realidade de cuidados da nossa sociedade onde é patente uma preparação pré-natal desadequada, em que o papel do pai, em particular durante o trabalho de parto, não é abordado durante a vigilância da gravidez ou quando abordado é apenas numa perspetiva de “o homem ajuda a mulher”, não sendo valorizada a sua experiência – as suas expectativas, receios, dúvidas.

E porque estas questões não são previamente abordadas de forma sustentada e sistematizada à semelhança de outras durante a vigilância da gravidez, como a fisiologia do trabalho de parto, a amamentação ou a analgesia do trabalho de parto, deparamo-nos frequentemente com expectativas descoincidentes entre o casal.

Para tal, contribuem também as representações ainda muito veiculadas na sociedade portuguesa ao conferirem à esfera feminina o evento da gravidez e do trabalho de parto.

Enquanto a emancipação da mulher e a igualdade dos direitos cívicos e legais foram defendidos (e bem) de forma acérrima, questiono-me porque não faremos o mesmo pelos direitos do homem no campo da sexualidade e reprodução?

Habitúamo-nos a colocar o homem num patamar inferior ao das mulheres no que a estas questões diz respeito, como se estes fossem incapazes de sentir, de se prepararem, de querer fazer parte. Não estaremos nós (mulheres, profissionais de saúde, sociedade) a discriminar? A agir sobre o olhar do preconceito contra o qual já outrora lutámos?

Apesar de se virem a operar significativas mudanças nas representações da masculinidade e da parentalidade constata-se uma resistência à mudança das práticas. Contudo, perspetivar a gravidez e o trabalho de parto enquanto eventos naturais e familiares obrigará à mudança das representações atuais, assumindo o enfermeiro EESMOG um papel privilegiado ao procurar compreender, incentivar e

apoiar uma maior inclusão do homem nos processos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.

Assim, emergem da análise do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (2011c), categorias de enunciados descritivos que o enfermeiro EESMOG deve considerar na conceção, planeamento, implementação e avaliação das suas intervenções: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a promoção do autocuidado, autocontrolo e mestria e a readaptação às novas situações de saúde.

A mobilização destes conteúdos permite não só refletir sobre os cuidados prestados, como perspetivar as mudanças ambicionadas ao promover a prestação de cuidados especializados nesta área de cuidados com consequentes ganhos em saúde para os indivíduos, para a família e para a sociedade.

A *satisfação do cliente* (OE, 2011c) pressupõe o respeito pelo casal e família, pelas suas crenças, valores, desejos e necessidades individuais; respeito pelas expectativas do casal relacionadas com o trabalho de parto, bem como acerca do projeto de maternidade e paternidade; o estabelecimento de uma relação terapêutica, acente na parceria entre cuidador e cuidado no planeamento do processo de cuidados; elevado respeito pela autonomia do casal na tomada de decisão e capacitação para tal; a criação de condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo do processo de cuidados, tais como diminuição de luminosidade e do ruído, respeito pela privacidade do casal e minimização do número de profissionais de saúde envolvidos, a fim de promover a individualidade e continuidade dos cuidados.

No que respeita à *promoção de saúde* (OE, 2011c), o enfermeiro EESMOG procura que a mulher/casal/família alcance o máximo de potencial de saúde. Para tal, cria e promove oportunidades para promover estilos de vida saudáveis no período pré-concepcional, gravidez e pós-parto; concebe, planeia e implementa projetos e intervenções no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e no âmbito da preparação para a parentalidade. Compreende-se, deste modo, que a mudança das práticas relacionadas com a gravidez e o trabalho de parto estão associadas à mudança de paradigma acerca da saúde sexual e reprodutiva.

A *prevenção de complicações* (OE, 2011c) pressupõe a identificação de problemas/necessidades da tríade relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva do casal e com a saúde do recém-nascido durante o período neonatal; o

planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que respondam às necessidades de ordem inferior e superior identificadas; a atuação com rigor técnico-científico, fomentado a prática baseada na evidência e o pensamento crítico.

Compreende-se, neste sentido, a influência organizacional e institucional nos cuidados de enfermagem e na sua melhoria, na medida em que a defesa de uma política que fomente o desenvolvimento profissional e de qualidade promoverá a implementação de estratégias que promovam e incentivem a formação contínua dos enfermeiros através da análise crítica de situações de cuidados, do estudo de casos e da partilha de experiências.

A promoção de processos eficazes de (re)*adaptação às novas situações de saúde* (OE, 2011c) diz respeito à identificação dos recursos pessoais, familiares e da comunidade que possam dar resposta às necessidades de cuidados identificados; promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem, de onde emerge a pertinência da realização da visita domiciliária.

A Ordem dos Enfermeiros, pelas palavras de Amaral (2013) e Abreu (2012), defende que

a visitação domiciliária é a estratégia que permite aos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, aproximarem-se do domicílio do utente e da sua família, tornando possível conhecer o seu meio físico e psico-social [e que] através desta atividade, os planos de cuidados tornam-se mais ajustados aos recursos da própria família e utente, para além de que lhes permite uma maior facilidade de expressão, por se sentirem mais à vontade no seu próprio ambiente.

A informoterapia geradora de aprendizagem e de novas capacidades do casal e família assume-se como uma intervenção transversal nos cuidados de enfermagem que promove não só o empoderamento do casal e família no processo de transição para a parentalidade, bem como a adaptação individual e familiar do casal ao exercício parental.

A defesa destes padrões de qualidade regulamentados pela OE realça a proximidade entre enfermeiro-mulher/casal/família, intensifica e enaltece a importância do estabelecimento de uma relação empática e devolve aos cuidados de enfermagem a essência de cuidar, no sentido de “...buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores, em vez de nos concentrarmos no mundo público das técnicas de cura e no comportamento externo” (Watson, 2002, p.35).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. (2012). *Visitação Domiciliária*. Publicação: Ordem dos Enfermeiros.
- Abushaika, L., Massah, R. (2012). The Roles of the Father During Childbirth: The Lived Experiences of Arab Syrian Parents. *Health Care for Women International*. (33) 168-181. **DOI:** 10.1080/07399332.2011.610534.
- Amaral, N. (2013) *Os enfermeiros e a visitação domiciliária ao recém-nascido: promovendo um Natal saudável em família*. Publicação: Ordem dos Enfermeiros.
- Badinter, E. (1993) *O amor incerto*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Balancho, L. S. F. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*. 2 (XXII) 377-386
- Balancho, L. (2012) *Ser pai, hoje*. (9ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Maia, N. L., Gabrielloni, M. C. (2013). Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *Acta Paulista de Enfermagem*. 26(5). p. 478-484. Acedido a 01-07-2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000500012&script=sci_arttext&tlng=en
- Barroso, R. G., Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*. 52 (I). p.211-229. **DOI:** 10.14195/1647.2/3447
- Brazelton, T. B., Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. (4ªed.) Lisboa: Terramar.
- Bruggmann, O., Parpinelli, M., Osis, M. J. (2005) Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de saúde pública*. 21(5) p.1316-1328. Acedido a 12-02-2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (2) S389-S398. **DOI:** 10.1590/S0102-311X2003000800020

- Coelho, A. M. R. R. (2011). *Ajudar a Amar. Cuidados Especializados na Promoção da Vinculação, em Contexto de Sala de Partos – Relatório de Estágio*. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Colman, L.L, Colman, A.D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Craig, J.V., Smyth, R. L. (2004). *Prática baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Dellman, T. (2004). The best moment of my life: A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal* (17) 3 20–26.
- Euro-Peristat (2010). EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Acedido a 01-07-2014. Disponível em https://www.tno.nl/media/1975/european_perinatal_health_report_2010.pdf
- Fleury, A., Fleury, M.T. (2001). *Estratégias Empresariais e Formação de Competências*. São Paulo: Atlas.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (2ª ed. Loures: Lusociência.
- Freitas, W.M.F, Coelho, E.A.C, Silva, A.T.M.C. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública* 23 (1). 137-145. **DOI:** 10.1590/S0102-311X2007000100015
- Hanson, S., Hunter, L.P., Bormann, J.R., Sobo, E.J. (2009). Paternal Fears of Childbirth: A Literature Review. *The Journal of Perinatal Education*. 18(4). 12-20. **DOI:** 10.1624/105812409X474672
- Hyrkas, K. et al. (2001). Teacher candidates' reflective teaching and learning in a hospital setting-changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4): 503-511.
- Kainz, G., Eliasson, M., Von Post, I. (2010). The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health Care for Women International*, 31. 621–635. **DOI:** 10.1080/07399331003725499

- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kitzinger, S. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. (2ªed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Kitzinger, S. (2010). Letter from Europe: Should Fathers be Banned from Birth?. *Birth* 37 (1). Acedido a 20-06-2013. **DOI:** 10.1111/j.1523-536X.2009.00382.x
- LaRossa, R. (1986). *Becoming a parent*. London: Sage.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence. Essai sur un attracteurs étrange*. Paris: Les Editions d'organisation
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed, Bookman.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a Competência de Um Profissional: Três Dimensões a Explorar. *Reflexão RH*. Junho de 2006. 60-63. Acedido a 11-07-2013. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Lei nº 14/1985 de 6 de Julho (1985). *Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto*. Diário da República I Série Nº 153. Acedido a 12-02-2014. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s%5C1985%5C07%5C15300%5C18741874.pdf>
- Leite, E., Malpique, M., Santos, M. R. (1989). Trabalho de Projecto 1. Aprender por Projectos Centrados em Problemas. Porto: Edições Afrontamentos. Acedido a 11-07-2013. Disponível em http://www.apena.rcts.pt/aproximar/monumentos/apoio/PDF1/trab_projecto1.pdf
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed) Loures: Lusodidacta.
- Martins, C. S. R. (2009). *Competências Desejáveis dos Supervisores de Ensino Clínico: Representações de Alunos De Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.

- Merten, T. (1992). O Teste de Associação de Palavras na Psicologia e Psiquiatria: História, Método e Resultados. *Análise Psicológica* 4 (X) 531-541. Acedido a 10-05-2013. Disponível em http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1883/1/1992_4_531.pdf
- Mettler, M., Kemper, D. W. (2005). Information Therapy: the strategic role of prescribed information in disease self-management. *APLAR Journal of Rheumatology* (8) 2 69–76. DOI: 10.1111/j.1479-8077.2005.00132.x
- Ministério da Saúde: Comissão Para a Redução da Taxa de Cesarianas da Região Norte. (2010). Intervenção da Ministra da Saúde na apresentação do relatório da Comissão da Região Norte, no Porto a 18/10/2010.
- Motta, C., Crepaldi, M. (2005) O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia* 15 (30) 105-118. Acedido a 10-06-2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/>
- Oliveira, M. M. S. (2004) *A paternidade e as práticas do cuidar: estudo exploratório nos primeiros dois meses após o parto*. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Universidade Aberta, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Pelo direito ao parto normal: Uma visão partilhada. Documento de Consenso. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paiva e Silva, A. (2005). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* 55(1-2) 11-20.

- Palmer, A., Burns, S., Bulman, C. (1995). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner*. (2ª ed.) Oxford: Blackwell Science.
DOI: 10.1046/j.1365-2702.2001.0528b.x
- Serra, A.V., Antunes, R., Firmino, H. (1986). Relação entre auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria Clinica* 7 (2) 85-90.
- Serrano, M.T.P., Costa, A.S.M.C., Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 3 Março.
- Shibli-Kometiani, M. (2012). Fathers' experiences accompanying labour and birth. *British Journal of Midwifery* 5 (20) 339-344. Acedido a 13-05-2013. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c82d4ac5-73a2-4b02-8ef8-058a8e89aab5%40sessionmgr115&vid=11&hid=125>
- Teodoro, S. F. (2012). Relatório de Estágio: Cuidados do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Promotores de Conforto À Mulher Durante o Trabalho de Parto. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Tojal, M. E. (2000). *A relação precoce pai-filho*. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Universidade Aberta, Lisboa.
- Wall, K., Aboim, S., Cunha, V. (2010). A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem* (J. Enes, Trad). Loures: Lusociência (Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999).
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Rev. ed, Colorado: University Press of Colorado.
- White, G. (2007). You cope by breaking down in private: Fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery* 15(1) 39-45.

APÊNDICES

Apêndice I
Saberes profissionais

Saberes	Definições
Saber agir e reagir com Pertinência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saber o que fazer; ▪ saber ir além do prescrito; ▪ saber escolher na urgência; ▪ saber arbitrar, negociar, decidir; ▪ saber encadear ações de acordo com a finalidade.
Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saber construir competências a partir de recursos; ▪ saber tirar partido não somente de seus recursos incorporados (saberes, saber-fazer, qualidades), mas também dos recursos de seu meio.
Saber transpor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saber memorizar múltiplas situações e soluções-tipos; ▪ saber distanciar-se, funcionar “em dupla direção”; ▪ saber utilizar seus metac conhecimentos para modelizar; ▪ saber determinar e interpretar indicadores de contexto; ▪ saber criar as condições de transponibilidade com o auxílio de esquemas transferíveis.
Saber aprender e aprender a aprender	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saber tirar as lições da experiência; saber transformar sua ação em experiência; ▪ saber descrever como se aprende; ▪ saber agir em circuito duplo de aprendizagem.
Saber envolver-se	<ul style="list-style-type: none"> ▪ saber envolver sua subjetividade; ▪ saber assumir riscos; ▪ saber empreender; ▪ ética profissional.

Fonte: Le Boterf (2003)

Apêndice II
Diário de aprendizagem I

No decorrer da 3ª semana de Ensino Clínico, o turno da manhã estava quase a terminar quando recebemos na Sala de Partos uma grávida vinda do Serviço de Admissão em fase ativa do trabalho de parto (colo com 7cm dilatação). Sara (nome fictício) tem 36 anos de idade, está grávida de 39s +2d, gravidez vigiada sem intercorrências. IO: 1001 (1PTE à 3 anos com 3460gr), biometria fetal no percentil 75.

Há entrada na Sala de Partos, Sara solta gemidos de dor e grita “Dêem-me epidural! Eu quero epidural.” Contudo, à medida que surgia uma nova contração, Sara começava a fazer força, referindo não conseguir deixar de o fazer. A cardiotocografia apresentava desacelerações, de recuperação rápida, evidentes do período expulsivo. Sara, que já se encontrava sentada para a anestesista realizar técnica de colocação de cateter epidural, foi convidada a deitar-se para realização de cervicometria – dilatação completa, apresentação cefálica no plano 2.

Pedro (nome fictício), o marido de Sara, junta-se à esposa uma vez ser desejo de ambos este estar presente no nascimento da filha. Falámos com ambos, explicando que não haveria tempo para a realização de colocação do cateter epidural pois o bebé iria nascer. Pedro ficou visivelmente incrédulo, pelo que pedi à enfermeira que estava comigo, uma vez que eu já me equipava para a realização do parto, que puxasse uma cadeira para o Sr. sentar-se um pouco. “Pedro, como se sente? Está tudo bem?”, perguntei, respondendo-me “Estou bem obrigado. Foi muito rápido, não estava a contar. Mas estou bem.” Levantou-se e inclinou-se sobre a cabeceira da cama, tentando ajudar Sara nas respirações. Sara como muita dor, contorcia-se na cama. As desacelerações registadas na cardiotocografia acentuavam-se – o bebé precisava de nascer.

“Sara, olhe para nós!”, pedimos. Com voz calma, utilizando um tom baixo, mas assertivo, explicámos que não havia tempo para realizar técnica epidural porque o bebé estava a nascer, que ele precisava nascer. “Não sou capaz!”, dizia Sara abanando a cabeça. O bebé estava a coroar. “É capaz sim. Nós acreditamos em si. Acredite também.”, respondemos procurando incentivá-la. Sara fez força e o polo cefálico do bebé é exteriorizado progressivamente. No exato momento da exteriorização da cabeça, Sara salta na cama, afastando-se cerca de 1 palmo do local onde estava posicionada inicialmente ao mesmo tempo que junta as pernas.

“Sara, afaste das pernas”, pedi com firmeza. O bebê começava a apresentar cianose facial e rapidamente início exteriorização do ombro anterior. Não consigo! Distócia de ombros, apercebi-me. “Distócia, preciso de ajuda!”, pedi enquanto pensava “McRoberts, McRoberts!” A Enf.^a OL efetuou então manobra de McRoberts – hiperflexão das coxas da parturiente, ao mesmo tempo que solicitávamos colaboração da mulher. Ao mesmo tempo, efetuei uma ligeira rotação, procurando colocar o diâmetro biacromial em coincidência com um dos diâmetros oblíquos da bacia materna. Resultou, nasceu às 15h11 o Daniel com 4025gr. Realizada expressão torácica, o Daniel começava a fazer caretas até que soltou o choro. Colocado o recém-nascido em contato com a pele da mãe que chorava e ria, tocando no filho e dizendo “Obrigado, muito obrigado!”. Pedro sorria atordoado, tocando no bebê. “Respire fundo Sara”, pedia à mulher, explicando ao casal o porquê do meu pedido, enquanto esperava que o cordão deixasse de pulsar e observava o recém-nascido. Pedro apercebeu-me da face cianosada do bebê e questionou-me sobre tal: “Ele está assim com esta cor... foi quando a Sara fechou as pernas e ele teve um bocadinho mais apertado?”, disse-me hesitando enquanto passava a mão pelo cabelo da mulher. Afastando qualquer responsabilidade de Sara, expliquei-lhe então o que havia sucedido – a ocorrência da distócia de ombros, os fatores associados a esta situação.

O EEESMOG tem como papel cuidar a mulher/casal e família durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, sendo, deste modo, responsável por avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto e conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher e convivente significativo durante o trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo Graça (2005, 670), “a distócia de ombros é uma emergência obstétrica relativamente rara, imprevisível e que pode resultar em graves complicações para o feto e para a parturiente”. Reconhecem-se como fatores de risco a macrosomia fetal (classificação ecográfica biometria > percentil 90), diabetes materna, história de distócia de ombros em parto anterior e segundo estágio do parto prolongado. Ainda

assim, o valor preditivo positivo destes fatores é baixo, como demonstram Marques & Reynolds (2010) na revisão da literatura que efetuaram.

A macrosomia e a diabetes gestacional são os dados clínicos mais consistentes para se poder antecipar a possibilidade de ocorrer esta complicação do parto, contudo, os métodos de estimativa do peso fetal têm um erro que deve ser considerado na medida em que cerca de 40% dos fetos macrosômicos não são identificados pela ecografia (Graça, 2005). Estudos referem que a estimativa de peso através dos parâmetros biométricos fetais por ecografia nem sempre é superior à avaliação efetuada no exame físico (Manobras de Leopold e altura uterina), sendo o peso do RN na altura do parto a única forma de determinar corretamente a macrosomia fetal (Sokol & Blackwell, 2002; Chatfield, 2001)

Já a diabetes gestacional associa-se a um risco relativo de distócia de ombros seis vezes superior ao da população normal (Dildy & Clark, 2000; Gottlieb & Galan, 2007). Todavia, cerca de metade dos casos de distócia de ombros ocorrem com peso fetal à nascença inferior a 4000gr e em gravidezes não complicadas por diabetes (Gherman, 2002; Sokol & Blackwell, 2002; Dildy & Clark, 2000). A ACOG (2013) refere que esta é uma complicação que surge em 0,6 a 1,4% dos partos vaginais em apresentação de vértice. Compreende-se, deste modo, que a distócia de ombros deve ser assumida como imprevisível, atendendo que tal como o descrito, também Sara não tinha antecedentes obstétricos que prontamente nos preparassem para a ocorrência de uma distócia de ombros.

Segundo Graça (2005, 672), “o reconhecimento imediato da eventual dificuldade de expulsão da cintura escapular do feto é o mais importante passo para a resolução da distócia”. Por isso, questionei-me: porque não consegui identificar o sinal mais evidente da distócia de ombros – a observação da retração da cabeça fetal logo após a expulsão (*sinal de tartaruga*)? Acredito que tal fato esteja relacionado com a alteração do posicionamento da mulher imediatamente após a expulsão que ao saltar e fechar as pernas não me permitiu identificar prontamente este sinal.

Contudo, ao procurar exteriorizar o ombro anterior rapidamente percebi a dificuldade na expulsão da cintura escapular do feto, pelo que ao identificar a distócia, solicitei de imediato ajuda de forma a serem colocadas em curso as

medidas necessária para resolver a situação e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.

Importa compreender a importância de evitar a excessiva tração para baixo do pólo cefálico no sentido de exteriorizar o ombro anterior uma vez que “esta tracção, exercida com força desproporcionada, além de ser ineficaz para resolver a situação, será responsável por um segmento importante dos casos de paralisia braquial ou mesmo de morte fetal por desarticulação das vértebras cervicais” (Graça, 2005, 672).

A primeira manobra a efetuar é a manobra de McRoberts, descrita como a hiperflexão das coxas da parturiente, é definida por vários autores como sendo a mais eficaz, na medida em que a retificação da curvatura lombo-sagrada atenua a proclividade do promontório que bloqueia a progressão do ombro posterior, procedendo-se então a uma cuidadosa tração do pólo cefálico fetal, imprimindo-se uma ligeira rotação para tentar colocar o diâmetro biacromial em coincidência com um dos diâmetros oblíquos da bacia materna.

Baxley e Gobbo (2004) descreveram um protocolo de atuação na distócia de ombros que utiliza a mnemónica, HELPER: H – (call for **h**elp) chamar ajuda; E – (evaluate for **e**pisiotomy) avaliar a necessidade de efetuar uma episiotomia; L – (legs) Manobra de McRoberts; P – (suprapubic **p**ressure) pressão suprapúbica; E – (enter maneuvers) manobras de rotação interna; R – (**r**emove the posterior arm) extracção do ombro posterior; R – (roll the patient) manobra de Gaskin.

Analisando assim os procedimentos executados, considero ter atuado de forma atempada e adequada na resolução desta emergência obstétrica. Porém, além da execução correta e atempada de manobras técnicas importa compreender que não cuidamos apenas do corpo, que não executamos apenas a tarefa. O EEESMOG é responsável pela conceção, planeamento, implementação e avaliação de medidas de suporte emocional e psicológico à mulher e convivente significativo durante o trabalho de parto.

Isto porque, e ainda que o objetivo em qualquer emergência obstétrica seja alcançar o melhor *outcome* para a saúde materna e da criança, estudos sugerem que a mulher/casal desejam também intervenções que reduzam o impacto negativo no

seu bem-estar emocional durante uma experiência de emergência (Mapp & Hudson, 2005).

Um estudo elaborado por Mapp & Hudson (2005) acerca da experiência da mulher em situações de emergência obstétrica revela que a mulher não só vivência uma panóplia de sentimentos, dos quais se destacam o medo e o *stress*, como também evidencia o elevado impacto negativo da dificuldade na comunicação durante estes eventos. Os entrevistados referem, além da incoerência entre a comunicação verbal e não verbal, a falta de informação e/ou informação inapropriada sobre a situação como fatores com impacto negativo na experiência emocional durante uma situação de emergência obstétrica.

De fato, durante situações stressantes a comunicação é difícil e tendemo-nos a centrar na execução de manobras e procedimentos que visam a prevenção de complicações para a saúde da mulher/RN e família. No estudo conduzido por Mapp & Hudson (2004, 32), os entrevistados “desculpam” a pobre comunicação por parte dos profissionais de saúde durante uma emergência ao reconhecerem que “...it was perhaps not the best time and place to have a discussion during the emergency and that it can be difficult to give explanations in layman terms when these events happen”.

Contudo, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem exige o desenvolvimento de competências neste âmbito – a percepção da situação, a reflexão sobre a situação e a definição de estratégias que potenciem a mudança.

Mapp & Hudson (2004), propõe como estratégias de suporte psicológico à mulher/casal o toque, dar/agarrar a mão, sorrir para tranquilizar a mulher, providenciar explicações com sensibilidade que sejam breves, simples e sem termos médicos, evitando discursos/expressões standardizadas como “Não se preocupe. Vai correr tudo bem”. A mulher/casal deverá também ser informada que receberá informação mais detalhada após a resolução da situação. A mesma autora atenta ainda para a importância da humanização dos cuidados pelo que, buscando a prestação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados, deve persistir uma constante preocupação em chamar a mulher pelo seu nome próprio.

Segundo Benner (2001, 103) “as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar

todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente.” (Benner, 2001,103) O EEESMOG assume, portanto, a função de educação e guia durante o trabalho de parto e perante uma emergência obstétrica ao compreender não só os momentos ideais como também os necessários para ora assumir uma postura firme e “tomar as coisas em mãos” em vez de permitir e/ou potenciar o pânico da mulher/família, ora encorajar a mulher/casal e tomar conta de si com palavras de incentivo e elogio que traduzam confiança e segurança (Benner, 2001).

As situações de emergência obstétrica induzem elevado *stress* e exigem momentos de análise e reflexão sobre as intervenções implementadas, as dificuldades sentidas, as estratégias mobilizadas, na medida em que será a partir do desenvolvimento contínuo de competências de reflexão, autorreflexão, autoavaliação e de autoformação, que se alcançará a atualização/reconstrução permanente de conhecimentos e competências que contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem (Martins, 2009).

A imprevisibilidade das situações com que nos deparamos ao longo do nosso percurso formativo não só acrescenta conhecimentos e habilidades como atesta capacidades desenvolvidas e alerta para outras a desenvolver. De fato, como defende Le Boterf (2006), ao profissional competente são lhe reconhecidos determinados saberes que lhe permitem agir numa situação profissional complexa além do prescritivo e tomar iniciativa face ao inesperado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG (2013). Optimizing Protocols in Obstetrics: MANAGING SHOULDER DYSTOCIA

Baxley, E.G, Gobbo, R.W. (2004) Shoulder Dystocia. *Am Fam Physician*. 69(7). 1708-14

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (A.A Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora (Tradução do original do inglês From Novice To Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative Edition, 2001)

- Chatfield, D.J. (2001). ACOG issues guidelines on fetal macrosomia. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Am Fam Physician*. 64(1). 169-170
- Dildy, G.A, Clark, S.L. (2000). Shoulder dystocia: risk identification. *Clin Obstet Gynecol*. 43(2). 265-282
- Gherman, R.B. (2002). Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clin Obstet Gynecol*. 45(2). 354-362
- Gottlieb, A.G., Galan, H.L. (2007). Shoulder Dystocia: An Update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 34(3). 501-531
- Graça, L.M. e col. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. 3ªed. Lisboa: Lidel.
- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a Competência de Um Profissional: Três Dimensões a Explorar. *Reflexão RH*. Junho de 2006. 60-63.
- Mapp, T., Hudson, K. (2004). Feelings and fears during obstetric emergencies – 1. *British Journal of Midwifery*. January 13(1) 30-35
- Marques, J. B., Reynolds, A. (2011). DISTÓCIA DE OMBROS: Uma Emergência Obstétrica. *Acta Med Port* 24. 613-620
- Martins, C. S. R. (2009). *Competências Desejáveis dos Supervisores de Ensino Clínico: Representações de Alunos De Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Apresentada na Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Regulamento n.127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Nos termos alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do 37 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de

Setembro. Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
8662-8666.

Sokol, R. J., Blackwell, S. C. (2002). ACOG practice bulletin Shoulder Dystocia
Number 40. *Int J of Gynecol Obstet* (2003). 80(1). 87-92

Apêndice III
Diário de aprendizagem II

Sra. D. Sara (nome fictício), 37 anos, grávida de 38s+2d, IO: 1001, admitida na Sala de Partos por RPM às 6h. Na última avaliação obstétrica, apresentava colo com 5 cm de dilatação, pelo que havia realizado analgesia epidural.

Entraram no quarto 8 pessoas – 3 médicos, 2 médicos internos da especialidade, 2 alunos de medicina e eu. “Boa tarde”, disse a equipa médica ao entrar no quarto com os olhos postos no processo da grávida. Rapidamente, a médica interna apresenta a grávida, referindo os seus dados obstétricos, enquanto outra médica ia colocando uma luva para observar a utente e a destapava. O marido ao canto mantinha-se em silêncio e virava-se para a parede. Compreendendo o momento incómodo pautado por tanta despersonalização e invasão da privacidade da mulher e casal, pedi com licença aos estagiários e coloquei-me ao lado da grávida. “Boa tarde, Sra. D. Sara. O meu nome é Tatiana, sou enfermeira e estudante da especialidade”, disse, apresentando-me, ao mesmo tempo que voltava a puxar o lençol até à cintura da Sra. e destapava apenas as pernas. Ajudei-a a posicionar-se. Durante o exame vaginal Sara queixou-se um pouco.

“Sara, está para breve. Já está com 8cm.” O marido de Sara mantinha-se ao canto do quarto com os braços cruzados com facies que me pareceu desconfortável, franzindo os olhos e fazendo caretas com a face, pelo que decidi perguntar ao Sr. se estava tudo bem. Em tom agressivo e rude respondeu-me “Sim estou bem. Já não é a primeira vez!”

Por momentos senti-me vacilar com tamanha agressividade. Não a percebia. Teria dito alguma coisa que não devia? Teria feito alguma coisa que não devia? Porquê aquela reação?

Não disse nada. A equipa médica saiu e a Sra. pediu-me ajuda para se compor. Ajudei-a. Sai do quarto.

Sentei-me um pouco na cadeira em frente ao computador de monitorização da cardiocotografia e não conseguia esquecer aquele momento com o marido da Sra.

Dirigi-me de novo ao quarto 5. Perguntei como a Sra. estava, recoloquei o transdutor do cardiotocógrafo e então parei e dirigi-me ao marido da Sra. “Peço desculpa, há pouco não tive oportunidade para perguntar o seu nome. O meu nome

é Tatiana e o Sr. como se chama?”. Parece que vi uma nuvem cinzenta sair da frente da face do Sr. O ar cizudo e ameaçador, abriu-se um pouco. Descruzou os braços e respondeu-me “Sou o António.” (nome fictício). Agora chamando-o pelo nome voltei a perguntar-lhe como se sentia, alertando que estava consciente que esta não era a sua primeira experiência mas que todas são diferentes e como tal nos podem motivar receios, preocupações e dúvidas diferentes.

Sorriu, abanando afirmativamente a cabeça enquanto respondia, “É verdade...é bem verdade”. Como se lesse os meus pensamentos, António abordou a situação anterior, “Desculpe lá se há pouco lhe respondi um bocado mal...”. Expliquei que não havia necessidade de pedir desculpa mas sim de me dizer em que podia ajudar. “Diga-me Sr. António, o que o levou a reagir mais bruscamente? Algum receio, preocupação? Alguma atitude que não tivesse gostado? Por favor diga-me para pudermos melhorar...”, pedi.

António voltou a descontrair um pouco mais. O Sr. explicou-me então que pensava que eu tinha-lhe colocado aquela questão por ele ser homem e por achar que as pessoas consideram que os homens não são capazes de “aguentar” (sic) o parto.

Expliquei-lhe que não tinha sido essa a minha intenção dado entender o parto como um momento do casal pelo que se a mulher era alvo de cuidados, também o marido o era.

Ao procurar desconstruir esta perceção de António percebi que ele lutava contra questões educacionais, relacionadas com seu pai que sempre o ensinou a ser o “chefe de família” provedor mas que tem pouca influência na parte afetiva da família, pelo que António procura combater estas ideias transmitidas ao não fazerem parte da sua conceção de pai e marido. Por outro lado, segundo António a ideia geral da sociedade é de que os homens não podem ver sangue, não aguentam a dor, não aguentam momentos difíceis como o parto – outra representação com a qual António não se identifica.

No final de uma longa conversa, António despediu-se quando eu saía da box e dizia até já, “Obrigado Sra. Enfermeira...”

Durante breves minutos ao pensar enquanto Tatiana Gaspar, pessoa, e não enquanto Tatiana Gaspar, enfermeira e estudante da especialidade, a minha primeira reação perante uma reação agressiva do outro foi de defesa e refugio. Contudo, importa combater estas inseguranças que fazem de nós humanos, mas que nos impedem de crescer enquanto profissionais, por isso, tal como Watson (2002, p.8), "...quero que a enfermagem se mova além do objetivável, da verificação, das operações rígidas, das definições, e que se dedique mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões". Foi o que procurei fazer.

Kaplan (2004) alerta para alguns comportamentos que em nada dignificam o papel do pai durante o trabalho de parto. Como tais, evidencia o fato de serem tratados como meros visitantes, de serem chamados de "papá" ou "pai", como se não tivessem individualidade própria.

De fato, ao refletir sobre a situação descrita deparei-me com esta realidade. Se por um lado a equipa médica entrou no quarto e não olhou a mulher nos olhos quanto mais o marido, eu, por estar a iniciar o turno e nunca ter entrado previamente no quarto, não conhecia plenamente o casal e não sabia o nome do marido, pelo que, quando o questionei se estava tudo bem, chamei-o por pai. Apesar de o fazer conscientemente e procurando envolvê-lo no processo do trabalho de parto como momento do casal, compreendo a importância de não desvalorizar a individualidade de cada pessoa como forma de humanizar e personalizar o cuidado de enfermagem.

Assim, se nos dirigimos à mulher pelo nome próprio ou pelo nome pelo qual gosta de ser tratada, devemos ter o mesmo princípio para com o pai, também ele alvo dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve, portanto, apresentar-se ao casal, conhecendo ambos os elementos e dirigindo-se a eles pelo seu nome próprio.

Por outro lado, o evidente desconforto da parturiente devido à exposição física, não só decorrente da nudez mas também da presença de vários profissionais, poderá justificar o aumento da tensão e ansiedade por parte do marido, considerando a alteração progressiva do seu faceis e postura corporal. Carvalho (2003) refere que o recurso do homem à agressividade surge, por vezes, como resposta para lidar com relações desiguais de poder face a momentos em que este se sente desrespeitado.

Atente-se, deste modo, para a necessidade de proteção e defesa da mulher por parte do pai amplamente descritas na literatura que o evidenciam como defensor dos direitos da mulher (Carvalho, 2003; Kainz et al., 2010).

De fato, Wall, Aboim & Cunha (2010) referem que “...com a erosão dos velhos modelos de masculinidade e a construção de novas formas de organizar a vida familiar, também os homens se viram, e se veem, convocados à mudança e à reconstrução de si mesmos, das suas práticas, dos seus valores e das suas identidades [e que] ...quase todos eles procuram afastar-se das velhas figuras de marido e de pai distante, ausente e autoritário”. António revelou em primeira mão a sua própria luta e reconstrução, perante a sua educação e as suas experiências.

As mudanças psicossociais resultantes da emancipação da mulher são evidentes na sociedade atual, bastando para tal analisar os dados acerca da escolaridade da população, da elevada taxa de atividade feminina em Portugal convergente com a atividade masculina, da percentagem da atividade feminina em idade fértil, da idade média do primeiro filho por mulher/casal. (OFAP, 2012; Wall, Aboim & Cunha, 2010)

As mudanças operadas na divisão do trabalho profissional com a passagem para um modelo de “casal de duplo emprego”, contrapondo o anterior modelo de “ganha-pão masculino”, traduziu-se em novas formas de participação masculina na esfera doméstica e nos cuidados parentais. (Wall, Aboim & Cunha, 2010). Contudo, enquanto a emancipação da mulher e a igualdade dos direitos cívicos e legais foram defendidos (e bem) de forma acérrima, porque não faremos o mesmo pelos direitos do homem no campo da sexualidade e reprodução? A par de tantos outros temas, habituámo-nos a colocar o homem num patamar inferior ao das mulheres no que a estas questões diz respeito, como se estes fossem incapazes de sentir, de se prepararem, de querer fazer parte. Não estaremos nós (mulheres, profissionais de saúde, sociedade) a discriminar? A agir sobre o olhar do preconceito contra o qual já outra hora lutámos?

Da Conferência Internacional do Cairo, na década de 90, saíram orientações no sentido de promover e corresponsabilizar os homens pelos comportamentos sexuais e reprodutivos e pelo exercício da parentalidade (Wall, Aboim & Cunha, 2010). Todavia, e volvidos mais de 20 anos, devemos questionarmo-nos porque

continuamos a falar de planeamento familiar e não de saúde sexual; porque convocamos as mulheres para as consultas de planeamento familiar e deixamos os homens sem o devido e necessário apoio; porque continuamos a definir as consultas de vigilância de gravidez como saúde materna, como se este período apenas dissesse respeito à mãe e esta constituísse o único foco de atenção dos profissionais de saúde.

Esta conceção dos cuidados de saúde contribuem para as representações comuns de que os homens “não aguentariam” o trabalho de parto, parecendo fazer parte das estratégias de poder das mulheres para manterem os homens ausentes dos ambientes “femininos” (Carvalho, 2003). Todavia, segundo Carvalho (2003), a dificuldade e o medo sentido pelos acompanhantes durante o trabalho de parto não é privilégio dos homens uma vez que também as acompanhantes femininas no período pré parto parecem sentir-se assustadas.

Assim, há que repensar os cuidados de saúde e, mais especificamente, os cuidados de enfermagem.

O parto é sem dúvida um fenómeno natural e fisiológico, mas a par do defendido por Carvalho (2003), acredito que este não deve ser entendido apenas pela perspectiva biológica mas antes envolver um atendimento psicossocial à família.

Na defesa da humanização do parto, o EEESMOG deve questionar a sua prática, isto porque, não estaremos a manter um processo de cuidados centrados na ciência tradicional (na fisiologia e no corpo físico) e a descurar a essência do cuidar? A par do defendido por Watson (2002), não pretendo dissociar os dois contextos (o contexto tradicional e a ciência de enfermagem para o cuidar), mas antes reconciliar as suas diferenças, centrando o foco de atenção no fenómeno humano - na experiência da pessoa, nos seus valores, nos significados por ela atribuído à situação de cuidados.

Acredito que, enquanto enfermeira, nomeadamente como futura EEESMOG, posso e devo assumir plenamente a função de perita, conselheira e “especialista das pequenas coisas” tal como descreve Hesbeen (2002), na medida em que “...todas estas *pequenas coisas*, quando associadas com os diferentes elementos que constituem uma determinada situação, nunca são banais para a pessoa que recebe

cuidados, [uma vez que] são sempre testemunho da **grande atenção** que estes profissionais podem prestar-lhe e, por conseguinte, do profissionalismo que ela exige” (p.35).

Neste sentido, importa compreender as expectativas e vivências do casal mobilizando comportamentos de *simplicidade* pois ela revela “...um profissional consciente dos seus limites que, embora, ambicione prestar ajuda aos outros, não pretende dominar tudo nem compreender ou saber tudo sobre a vida da pessoa a quem se dirige” (Hesbeen, 2002, p.68); *subtileza*, “...de quem possui perspicácia e é hábil em aperceber-se do imperceptível” (Hesbeen, 2002, 69); *escuta* que não é dizer ao outro o que ele deve fazer mas antes permitir-lhe exprimir o seu sofrimento, as suas dificuldades, receios, incertezas e angústias (Hesbeen, 2002).

Assim, no acompanhamento da mulher/casal, o EEESMOG assume funções de perito e conselheiro, considerando que “as parteiras têm o conhecimento e as habilidades necessárias de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem os alicerces da elevada qualidade dos cuidados culturalmente sensíveis e relevantes...” (ICM, 2010, p.3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Caderno de Saúde Pública*. 19 (2) S389-S398.
- Hesbeen, W. (2002). Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. (M.M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência (La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une Perspective Soignante).
- ICM. (2010). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/>
- Kainz, G., Eliasson, M., Von Post, I. (2010). The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health*

Care for Women International, 31. 621–635. DOI:
10.1080/07399331003725499

Kaplan, W. S. (2004). New Dads in Labor: An Opportunity for Involvement. *ICJE* 19(3). 14-17

Observatório das Famílias e das Políticas de Família (2012). *Relatório 2011* disponível em
<http://www.observatoriofamilias.ics.ul.pt/index.php/publicacoes/relatorios/55-relatorio-2011>

Wall, K., Aboim, S., Cunha, V. (2010). *A Vida Familiar no Masculino: Negociando Velhas e Novas Masculinidades*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem* (J. Enes, Trad). Loures: Lusociência (Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999).

Apêndice IV

Instrumento de registo de observação do casal

Identificação do Casal									
Idade da Grávida e do Pai:					Gravidez Planeada:				
Profissão da Grávida e do Pai:					Local onde foi seguida a gravidez:				
Religião:					Preparação para o parto:				
Situação Conjugal:					Participaram ambos?				
1º estágio do trabalho de parto	O casal	Olha-se	Não se olha	Toca-se	Não se toca				
	O pai	Calmo	Ansioso			<input type="checkbox"/> Fica em silêncio <input type="checkbox"/> Não estabelece interação física ou verbal com a mulher <input type="checkbox"/> Precisa de orientação da enfermeira para: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoiar na respiração <input type="checkbox"/> Apoiar a mulher na bola suíça <input type="checkbox"/> Esclarecimento sobre o trabalho de parto <input type="checkbox"/> Realização de massagens e/ou toque <input type="checkbox"/> Encorajamento da mulher 			Expetativas verbalizadas pelo pai: Observações:
	<input type="checkbox"/> Oferece ajuda prática: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajuda a mulher a levantar-se/deitar-se <input type="checkbox"/> Compõe os lençóis <input type="checkbox"/> Ajuda nos exercícios de respiração <input type="checkbox"/> Apoia a mulher na bola suíça <input type="checkbox"/> Realiza massagens de relaxamento <input type="checkbox"/> Oferece palavras de encorajamento, incentivo e/ou elogia a mulher								
	A mulher	Calma	Ansiosa						
2º e 3 estágios do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Solicita ajuda prática ao homem: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajuda a levantar-se/deitar-se <input type="checkbox"/> Compor os lençóis <input type="checkbox"/> Ajuda nos exercícios de respiração <input type="checkbox"/> Apoiar na bola suíça <input type="checkbox"/> Realizar massagens de relaxamento 					<input type="checkbox"/> Solicita interação física (toque) e/ou verbal ao homem			Expetativas verbalizadas pela mãe: Observações:
	O casal	Olha-se	Não se olha	Toca-se	Não se toca	Abraça-se	Sorri		
	O pai	<input type="checkbox"/> Assiste ao parto <input type="checkbox"/> Não assiste ao parto <input type="checkbox"/> Oferece ajuda prática na respiração <input type="checkbox"/> Oferece palavras de encorajamento, incentivo e/ou elogia a mulher <input type="checkbox"/> Não estabelece interação física ou verbal com a mulher				<input type="checkbox"/> Fica em silêncio <input type="checkbox"/> Precisa de orientação da enfermeira: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoiar na respiração <input type="checkbox"/> Encorajamento da mulher <input type="checkbox"/> cuidados ao RN Com o RN: <input type="checkbox"/> Sorri e/ou chora <input type="checkbox"/> Toca no RN <input type="checkbox"/> Corta o cordão umbilical <input type="checkbox"/> Pega ao colo o RN			Observações:
	A mulher	<input type="checkbox"/> Solicita ajuda prática ao homem <input type="checkbox"/> Solicita interação física (toque) e/ou verbal ao homem				<input type="checkbox"/> Verbaliza desejo que o pai corte o cordão umbilical			Observações:
4º estágio do trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Oferece ajuda prática: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ajuda na colocação do RN à mama <input type="checkbox"/> Ajuda no posicionamento da mulher para amamentar <input type="checkbox"/> Oferece palavras de encorajamento, incentivo e/ou elogia a mulher durante a amamentação					Com o RN: <input type="checkbox"/> Sorri <input type="checkbox"/> Toca no RN <input type="checkbox"/> Pega ao colo o RN			Observações:
	O casal	Olha-se	Não se olha	Toca-se	Não se toca	Abraça-se	Sorri		
	O pai	<input type="checkbox"/> Fica em silêncio e/ou ausenta-se <input type="checkbox"/> Não estabelece interação física ou verbal com a mulher <input type="checkbox"/> Precisa de orientação da enfermeira: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> aleitamento materno/amamentação 							
	A mulher	<input type="checkbox"/> Solicita interação física (toque) e/ou verbal ao homem							

Construído pela aluna do CMESMO Tatiana Gaspar em contexto de EC Estágio com Relatório. Baseado no trabalho de Chapman (1992) citado por Lowdermilk & Perry (2008) e Motta & Crepaldi (2005)

Apêndice V

Guia orientador de colheita de dados

Gravidez

- Como foi vivenciada a gravidez.
- A presença do pai durante o trabalho de parto foi discutida pelo casal? Quando? A partir de que altura da gravidez?
- O papel/comportamento do pai durante o trabalho de parto foi abordado durante a vigilância da gravidez?
- Durante a gravidez o que esperavam do pai durante o trabalho de parto?

Pai

- 3 a 5 adjetivos para definir pai.
- As representações que têm sobre o pai, como foram construídas? (educação familiar? socialização com os pares?)

Trabalho de parto e Parto

- O que esperam do trabalho de parto.
- Dificuldades sentidas durante o trabalho de parto.
- Identificação de aspetos positivos e/ou estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas.
- Intervenção do enfermeiro durante o trabalho de parto: aspetos positivos, negativos, sugestões de mudança.
- O casal sente-se inibido ou motivado pela intervenção do enfermeiro?

Pai durante o trabalho de parto

- Como é que o pai vivenciou o trabalho de parto.
- Como é que a mãe vivencia o trabalho de parto tendo o pai como acompanhante.
- O que leva o pai a querer estar presente durante o trabalho de parto.
- O que leva a mulher a querer a presença do marido durante o trabalho de parto.
- O que esperavam do pai durante o trabalho de parto.

- De que forma a intervenção do enfermeiro inibiu ou motivou a intervenção e envolvimento do pai durante o trabalho de parto? Sugestões de mudança.
- De que forma a partilha entre o casal do trabalho de parto influencia a conjugalidade. Reforçou ou comprometeu?

Construído pela aluna do CMESMO Tatiana Gaspar para orientar colheita de dados em contexto de prestação de cuidados de enfermagem durante o EC Estágio com Relatório.

Apêndice VI

Pesquisa e análise de artigos em base de dados

Pesquisa de artigos em base de dados

	Número de resultados obtidos	Número de resultados obtidos após limitadores	Número de artigos selecionados	Resultados repetidos	Artigos a analisar
Plataforma EBSCO:					
“Paternal role” AND “Labor”	33	11	2	2	3
“Paternal role” AND “Childbirth”	77	23	3		
Plataforma b-On:					
“Paternal role” AND “labor” AND “Childbirth”	720	47	3	2	1

Apresenta-se em forma de quadro a análise dos quatro artigos selecionados. Cada quadro corresponde a um artigo e os quadros são apresentados de acordo com o ano de publicação.

Quadro 1: Análise do artigo nº 1

Identificação do estudo	Suzanne Hanson, Lauren P. Hunter, Jill R. Bormann, Elisa J. Sobo, Paternal Fears of Childbirth: A Literature Review 2009 The Journal of Perinatal Education
Objetivo do estudo	Sintetizar resultados de estudos científicos sobre os receios paternos em relação ao nascimento e recomendar <i>guidelines</i> para a realização de estudos futuros.

Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Participantes	Artigos publicados entre 1994 e 2008.
Colheita de dados	<p>Pesquisa em base de dados CINAHL, Ovid, psycINFO, and PubMed.</p> <p>Foram utilizados como termos de pesquisa: pai, nascimento, medos associados ao nascimento.</p>
Resultados	<p>O artigo identifica como receios paternos: complicações da saúde e bem-estar da mulher e/ou recém-nascido, a realização de intervenções de risco, a dor sentida pela mulher, os sentimentos de impotência e a falta de conhecimentos. Os pais relatam, frequentemente, que as aulas de preparação para o parto não são úteis e, em alguns casos, até aumentam os seus receios. Alguns pais vêem o nascimento como um evento traumático, mudando a sua percepção da companheira e com efeitos no relacionamento do casal.</p> <p>Os pais expressam a necessidade de mais informação e de reforço positivo/revalidação durante o trabalho de parto de forma a saberem que estão a fazer o mais correto para o bem-estar das suas companheiras.</p>

Quadro 2: Análise do artigo nº2

Identificação do estudo	<p>Gisela Kainz, Margareta Eliasson, Irène von Post</p> <p>The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study</p> <p>2010</p> <p>Health Care for Women International</p>
Objetivo do estudo	Compreender a experiência de trabalho de parto da mulher, tendo o pai presente durante o processo.
Tipo de estudo	Estudo Hermenêutico
Participantes	<p>Estudo realizado no âmbito de um projeto conduzido numa região do sudoeste da Suécia entre 1999-2003.</p> <p>Participaram no estudo 67 mulheres em trabalho de parto do</p>

	primeiro filho, com idade entre os 18-41 anos. O tipo de parto das participantes foi: parto eutócico, parto distócico por ventosa e cesariana.
Colheita de dados	Entrevista 1 mês após o parto.
Análise dos dados	Análise hermenêutica de texto desenvolvida por Gadamer (1989).
Resultados	As 67 participantes enquadraram as suas experiências numa categoria: O pai da criança é uma pessoa importante para o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto. Desta categoria, identificam-se 5 subcategorias: o pai está presente, não abandona a mãe; o pai apela/defende os interesses da mãe; o pai inspira força e coragem à mãe; o pai e a mãe – uma equipa; o pai e a mãe tornam-se pais.

Quadro 3: Análise do artigo nº3

Identificação do estudo	Miriam Shibli-Kometiani Fathers' experiences accompanying labour and birth 2012 British Journal of Midwifery
Objetivo do estudo	Explorar o papel do pai durante o nascimento do primeiro filho e averiguar as suas perceções e experiências no contexto multicultural da cidade de Nazaré, Israel.
Tipo de estudo	Estudo Fenomenológico Qualitativo
Participantes	Foram selecionados pais que tivessem experienciado um trabalho de parto sem complicações associadas e que tenham estado presentes e apoiado a mulher durante todo o processo. Foram selecionados 8 pais. Foram excluídos os pais a quem a investigadora prestou diretamente cuidados. A idade dos homens é entre os 25 e os 35 anos de idade. Quatro participantes eram muçulmanos, dois eram cristãos e dois eram judeus.

Colheita de dados	Entrevista retrospectiva semiestruturada 2 a 6 semanas após o nascimento da criança.
Análise dos dados	Método fenomenológico de Colaizzi (1978).
Resultados	Apesar das diferenças culturais e religiosas, os pais descrevem experiências semelhantes em relação ao seu papel durante o trabalho de parto. No que diz respeito às percepções do pai quanto à sua experiência durante o trabalho de parto, emergem 5 temas: expectativas, valores sociais e culturais, preparação pré-natal, papel do pai durante o trabalho de parto e qualidade dos cuidados.

Quadro 4: Análise do artigo nº4

Identificação do Estudo	Lubna Abushaikh, Rana Massah The Roles of the Father During Childbirth: The Lived Experiences of Arab Syrian Parents 2013 Health Care for Women International
Objetivo do estudo	Explorar o papel do pai durante o nascimento do primeiro filho e averiguar as suas percepções e experiências no contexto multicultural da cidade de Nazaré, Israel.
Tipo de estudo	Estudo Fenomenológico Descritivo
Participantes	Critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, falar árabe fluentemente, parto normal, recém-nascido saudável. Participaram 23 mães e 14 pais (os 9 pais ausentes, não participaram por razões profissionais).
Colheita de dados	Entrevista semiestruturada e formação de “grupos-foco” com o objetivo discutir a problemática em estudo através do incentivo à livre expressão de pensamentos e sentimentos. Realização de 17 entrevistas individuais a 8 mães e 9 pais. Constituição de 5 grupos: 1 grupo de 4 mães, 2 grupos de 5 mães e 3 grupos de 3 pais.
Análise dos dados	Método de análise de conteúdos.

Resultados	Um tema emerge da narrativa quer das mães, quer dos pais: o papel do pai durante o trabalho de parto. Este tema subdivide-se em 4 subtemas: apoio psicológico e espiritual, estar presente e demonstrar preocupação, estar alerta e cumprir as obrigações sociais.
-------------------	--

Apêndice VII

Identificação das necessidades do casal em trabalho de parto segundo

Jean Watson

Intervenções de Enfermagem para as Necessidades de Ordem Inferior (Sobrevivência e Funcionais)

<p>Promover a deambulação e a liberdade de movimentos;</p> <p>Realizar e/ou auxiliar nos cuidados de higiene e conforto;</p> <p>Oferecer líquidos claros a gosto durante o trabalho de parto;</p> <p>Possibilitar posições verticais;</p> <p>Implementar medidas não farmacológicas no controlo da dor (duche, massagem, liberdade de movimentos).</p> <p>Implementar ou colaborar na implementação de medidas farmacológicas no controlo da dor.</p> <p>Promover e respeitar a privacidade do casal – dar espaço ao casal, evitar a presença de vários profissionais no quarto.</p> <p>Promover e incentivar o contacto precoce pele a pele, o toque entre o casal, o toque entre a tríade.</p> <p>Informar a grávida acerca do bem-estar fetal e evolução do trabalho de parto.</p> <p>Esclarecer dúvidas e orientar o casal através da realização de educação em saúde.</p>
--

Intervenções de Enfermagem para as Necessidades de Ordem Superior (Psicossociais e de Busca de conhecimentos)
--

<p>Estabelecer uma relação empática com o casal – apresentar-nos ao casal, tratar o casal pelo seu nome próprio.</p> <p>Empoderar o casal através do fortalecimento do self, da realização de educação para a saúde, do reforço positivo, do encorajamento e elogio do casal.</p> <p>Conhecer as expetativas e idealizações do casal acerca do trabalho de parto.</p> <p>Respeitar as crenças culturais e religiosas da família.</p> <p>Promover a comunicação do casal.</p> <p>Envolver a família alargada, contribuindo para a socialização do recém-nascido e identificação/adaptação dos papéis familiares.</p>

Apoiar e orientar, assumindo função de guia do casal em trabalho de parto a fim de minimizar a ansiedade.

Conceber e implementar intervenções de enfermagem face ao plano de parto/representações e expectativas do casal quando ao papel do trabalho de parto.

Promover a vinculação da tríade – encorajar o toque, esclarecer dúvidas, facilitar o corte do cordão umbilical, dar espaço à tríade.

Facilitar o processo de transição para a parentalidade – não substituir os pais nos cuidados ao recém-nascido.

Apêndice VIII

Competências do enfermeiro EESMOG desenvolvidas nos EC do CMESMO

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>EC I: Ginecologia EC III: Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Realizadas 56 consultas de planeamento familiar, das quais 4 foram consultas pré-concepcionais e 52 no âmbito do planeamento familiar.</p> <p>Realizadas 15 citologias.</p> <p>Colaboração na colocação de 5 implantes subdérmicos e de 2 dispositivos intrauterinos.</p> <p>No âmbito da infertilidade e medicina reprodutiva, realizei e/ou colaborei na realização de 6 consultas.</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	
Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de infertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.	

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	<p>EC III: Cuidados de Saúde Primários EC IV: Medicina Materno-Fetal EC VI: Estágio com Relatório</p> <p>Realizadas 53 consultas de saúde materna, promovendo o cuidar à tríade mãe-pai-feto.</p> <p>Realizados 154 exames pré-natais incluído diagnóstico e monitorização da gravidez; diagnóstico, encaminhamento precoce e acompanhamento de complicações; apoio em situação de abortamento. Prestação de cuidados a 49 grávidas em situação de risco.</p> <p>Elaboração do “Manual de Atuação de Vigilância da Gravidez e do Puerpério” no âmbito dos cuidados de saúde primários.</p> <p>Elaboração de um diário de aprendizagem acerca da problemática da interrupção médica da gravidez.</p> <p>Colaboração em duas sessões de preparação para a parentalidade subordinadas ao tema da amamentação e ao pai durante o período de gravidez, trabalho de parto e pós-parto.</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	
Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina.	<p>EC IV: Medicina Materno-Fetal EC VI: Estágio com Relatório</p> <p>Vigilância e intervenções durante o trabalho de parto de pelo menos 57 mulheres/casais.</p> <p>Realização de 48 partos em apresentação cefálica.</p> <p>Colaboração em 9 partos distócicos por fórceps ou ventosa e 2 partos eutócicos realizados por enfermeiros especialistas.</p> <p>Realização de parto em apresentação pélvica em simulador.</p> <p>Realização de episiotomia e episiorrafia, bem como sutura de lacerações perineais grau I e II.</p> <p>Diagnóstico e atuação em situação de risco de complicações no bem-estar materno-fetal.</p> <p>Atuação em situação de complicação obstétrica: distócia de ombros e atonia uterina.</p> <p>Implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo de dor não farmacológicas e farmacológicas.</p> <p>Prestação de cuidados imediatos a 59 recém-nascidos.</p> <p>Promoção da vinculação da tríade: respeitar a privacidade do casal, facilitar sempre que possível e desejado pelo casal que o pai proceda ao corte do cordão umbilical, promover contato pele a pele, promover o aleitamento materno, encorajar a participação e envolvimento do pai durante o trabalho de parto, não o substituindo, promover e/ou incentivar a presença do pai, conhecendo as suas expectativas, dúvidas e/ou anseios.</p> <p>Promoção da amamentação: educação para a saúde à mulher/casal sobre aleitamento materno e amamentação, incentivo e encorajamento da mulher/casal e ajuda prática quando necessário e/ou solicitado.</p> <p>Promoção da continuidade dos cuidados: transferência da puérpera/RN/família para o serviço de Puerpério, realização de visita ao serviço de puerpério às</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	
Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e com o trabalho de parto.	

	<p>mulheres/casais, realização de visita domiciliária a um casal.</p> <p>Realização de 2 diários de aprendizagem acerca da atuação em complicações obstétricas e da presença do pai durante o trabalho de parto.</p>
--	--

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Promove a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal.	<p>ECII: Saúde Materna e Obstétrica</p> <p>EC III: Cuidados de Saúde Primários</p> <p>EC V: Enfermagem Neonatal</p> <p>EC VI: Estágio com Relatório</p> <p>Prestação de cuidados a 105 puérperas, incluindo vigilância, monitorização e orientação durante o puerpério imediato, precoce e tardio.</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	<p>Prestação de cuidados a 110 recém-nascidos, dos quais 9 com necessidade de cuidados especiais.</p> <p>Realização de 3 visitas domiciliárias no âmbito da promoção da saúde e continuidade dos cuidados no período pós-parto.</p>
Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>Elaboração do “Manual de Atuação de Vigilância da Gravidez e do Puerpério” no âmbito dos cuidados de saúde primários. Colaboração numa sessão pós-parto para esclarecimento de dúvidas, apoio à amamentação e exercícios de recuperação puerperal.</p> <p>Realização de diário de aprendizagem acerca da sexualidade durante o trabalho de parto e implicações no pós-parto.</p>

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	<p>ECI: Ginecologia</p> <p>EC III: Cuidados de Saúde Primários</p> <p>Realizadas 7 consultas no âmbito do climatério em contexto de cuidados de saúde primários.</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	<p>Apoio à mulher no período de climatério através da vigilância e orientação acerca de sintomatologia,</p>

Providencia cuidados às mulheres que vivencia processos de adaptação à menopausa.	patologias concomitantes e consequentes, tratamentos, recursos disponíveis, vivência saudável da sexualidade. Realização de 1 diário de aprendizagem acerca da promoção da saúde durante o climatério.
---	--

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Promove a saúde ginecológica da mulher.	<p>ECI: Ginecologia EC III: Cuidados de Saúde Primários EC VI: Estágio com Relatório</p> <p>Prestação de cuidados a 32 mulheres/casais a vivenciar processo de doença ginecológica.</p> <p>Promoção da saúde ginecológica através da vigilância e monitorização (intervenções de rastreio), educação para a saúde e apoio à mulher/casal.</p>
Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	
Providencia cuidados às mulheres com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	

Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Promove a saúde do grupo alvo.	<p>Todos os ensinamentos clínicos.</p> <p>Filosofia de cuidados centrados na família.</p> <p>Inclusão do companheiro/marido/pai no plano de cuidados, enquanto alvo dos cuidados do EEESMOG.</p> <p>Empoderamento da mulher/casal através da parceria nos cuidados, educação para a saúde, reforço positivo.</p> <p>Identificação dos recursos da família e da comunidade.</p> <p>Articulação e cooperação com outros profissionais de saúde.</p> <p>Continuidade dos cuidados através de identificação de necessidades, elaboração de notas de enfermagem claras e completas, prestação de cuidados personalizados e visita domiciliária.</p>
Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	
Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	

Apêndice IX

Avaliação Sumativa do EC Estágio com Relatório

20/06/2014

APRECIÇÃO GLOBAL

Ao longo deste EC, a estudante Tatiana Gaspar demonstrou capacidade de mobilização e integração de saberes vários nos domínios cognitivo e relacional, tendo evoluído de forma muito positiva no desenvolvimento de competências específicas constantes no documento orientador e preconizado para esta área de especialidade pela OE e ICM.

Prestou cuidados especializados à mulher, incluída na família durante o trabalho de parto, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de crescente complexidade com as quais se foi confrontando na prática clínica. Demonstrou autonomia, capacidade de negociação e evolução muito positiva ao nível da tomada de decisão sobre os cuidados prestados face às necessidades impostas por cada situação de cuidados.

Implementou as ações (intervenções) previstas no seu projeto, revelando uma aposta na continuidade dos cuidados que prestou, nomeadamente através da realização de uma visita domiciliária que planeou e avaliou.

Revelou capacidade de utilização do pensamento crítico na análise e resolução de situações, utilizando a educação para a saúde como um "instrumento" privilegiado e sistemático na prática clínica.

Revelou uma excelente atitude pautada por muito empenho e dedicação terminando com êxito este EC ao nível do excelente.

Docente Orientador:

Zilda da Silva

Enfermeiro Orientador:

Isabel Soares

Estudante:

Tatiana Gaspar

Estudante:

Thauro Gaspar

Estágio com Relatório		Docente				
Nível Atingido		Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação						
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico						X
Elabora projecto pertinente e adequado					X	
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades					X	
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados						
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação inicial • Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem • Planeamento das intervenções • Avaliação/eventual reformulação • Promoção continuidade cuidados 						X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família						X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal					X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido					X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; • Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 					X	
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal					X	
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal • Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; • Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 					X	
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados					X	
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas						X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.					X	
Analisa e discute as situações vividas						X
Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados						X
<ul style="list-style-type: none"> • Assiduidade e pontualidade • Assertividade • Assunção do seu processo formativo • Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde • Capacidade de negociação com a equipa multi-profissional • Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica • Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 						X

O DOCENTE:

Isabel Data: 20 / 06 / 14